

BENVENUTO JULIANO GAZZI

**PROPOSTA PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM
SAÚDE: ESTUDO SISTEMATIZADO NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE
FRANCISCO BELTRÃO - PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Blênio César Severo Peixe

CURITIBA

2009

AGRADECIMENTOS

Aos colegas de trabalho, de curso e professores que colaboraram na realização deste trabalho.

À minha companheira, pelo tempo que me ausentei.

Ao Estado do Paraná, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional.

PENSAMENTO

Aquele que conhece o inimigo e a si mesmo, lutará cem batalhas sem perigo de derrota;

Para aquele que não conhece o inimigo, mas conhece a si mesmo, as chances para a vitória ou para a derrota serão iguais;

Aquele que não conhece nem o inimigo e nem a si próprio, será derrotado em todas as batalhas.

Sun Tzu

A Arte da Guerra

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Níveis conceituais e definições de saúde	20
Quadro 2. Conceitos relacionados à Vigilância em Saúde	22
Quadro 3. Quadro 15 da Saúde do Anexo II do PPA 2008-2011 do Paraná	33
Quadro 4. Plano Plurianual 2008/2011 - Demonstrativo por Função / Subfunção.....	34
Quadro 5. Distribuição de Competências	35
Quadro 6. Composição do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde.....	43
Quadro 7. Laboratórios de Referência no Paraná	66
Quadro 8. Divisão das Regionais de Saúde.	73
Quadro 9. ANEXO IV da Portaria GM/MS 1.998/2007	91
Quadro 10. Identificação dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde.....	99
Quadro 11. Número de Estabelecimento por tipo de Prestador	102
Quadro 12. Número de Estabelecimentos por tipo de Gestão	102
Quadro 13. Situação dos Serviços de Vigilância em Saúde nos municípios	105
Quadro 14. Opinião da SCVGS/8ª RS quanto ao financiamento da Vigilância em Saúde:	111
Quadro 15. Avaliação da SCVGS/8ª RS quanto ao apoio laboratorial:	112
Quadro 16. Tempo médio de trabalho na área de Vigilância em Saúde da 8ª RS:	113
Quadro 17. Faixa etária dos técnicos que atuam na SCVGS/8ª RS.....	113
Quadro 18. Nível de formação dos técnicos que atuam na SCVGS/8ª RS	113
Quadro 19. Nomeação como “autoridade sanitária” dos técnicos da SCVGS/8ª RS....	114
Quadro 20. Profissionais de nível superior que atuam na SCVGS/8ª RS.....	114
Quadro 21. Profissionais de nível médio ou elementar que atuam na SCVGS/8ª RS..	114
Quadro 22. Identificação das condições de R.H. para as atividades pactuadas	114
Quadro 23. Adequação ao PNCD para equipe endemias municipais	115
Quadro 24. Adequação à Deliberação CIB para a Vigilância Epidemiológica	119
Quadro 25. Estrutura legal das Vigilâncias Municipais da 8ª Regional de Saúde.....	122
Quadro 26. Estrutura administrativa e operacional das VISA's Municipais.....	125
Quadro 27. Gestão das pessoas das VISA's Municipais da 8ª RS.....	126
Quadro 28. Estrutura das VST's Municipais da 8ª RS.....	128
Quadro 29. Estrutura da Vigilância Nutricional nos Municípios da 8ª RS	130
Quadro 30. Cálculo dos valores a serem repassados aos municípios do TFVS	166

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. . Estrutura Administrativa do Ministério da Saúde.	38
Fig. 2. Organograma da SVS/Ministério da Saúde	39
Fig. 3. Estrutura Administrativa da ANVISA.....	39
Fig. 4. Estrutura da SVS/SESA-PR.....	40
Fig. 5. Estrutura das Regionais de Saúde	41
Fig. 6. Sub-Rede AGUALAB	66
Fig. 7. Divisão das Regionais de Saúde no Estado do Paraná.....	72
Fig. 8. Localização da 8ª Regional de Saúde	82
Fig. 9. Identificação da pactuação dos municípios.....	101
Fig. 10. Pirâmide invertida de demandas.....	156
Fig. 11. Proposta de reorganização da Regional de Saúde.....	171

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Quanto à plenitude das respostas aos questionários.....	81
Gráfico 2. Obtenção dos dados para preenchimento do formulário FormSUS	82
Gráfico 3. Áreas com pendências nas respostas ao questionário enviado.....	82
Gráfico 4. Porte dos municípios da 8ª Regional de Saúde.....	83
Gráfico 5. Organograma funcional do órgão gestor de saúde municipal	103
Gráfico 6. Maior nível da área de Saúde:.....	103
Gráfico 7. Nível que se encontra a área de Vigilância em Saúde.....	103
Gráfico 8. Formalidade, informalidade e/ou inexistência dos serviços de Vigilância em Saúde:.....	104
Gráfico 9. Motivos para não possuir estrutura formal ou não executar atividade de uma área:	104
Gráfico 10. Área da Saúde a qual estão vinculadas as atividades de Vigilância Nutricional	106
Gráfico 11. Grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto entre as áreas de vigilância em saúde e a área responsável pelo orçamento e demais áreas técnicas:	106
Gráfico 12. Grau de intensidade da cooperação técnica, entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, na área de vigilância em saúde:	107
Gráfico 13. Estruturação da área de Vigilância em Saúde nos municípios:	107
Gráfico 14. Instrumentos de gestão utilizados pelos municípios no processo de planejamento da área de Vigilância em Saúde:	108
Gráfico 15. Como as ações de Vigilância em Saúde estão contempladas no Plano Municipal de Saúde.	108
Gráfico 16. Existência de Câmaras ou comissões técnicas de Vigilância em Saúde nos CMS	109
Gráfico 17. Situação do espaço de trabalho vigilância ambiental em saúde nos municípios	116
Gráfico 18. Equipamentos disponíveis para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios	117
Gráfico 19. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios	118
Gráfico 20. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios	118
Gráfico 21. Recursos humanos para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios	118
Gráfico 22. Situação do espaço de trabalho vigilância epidemiológica nos municípios.....	120
Gráfico 23. Disponibilidade de equipamentos e material de apoio para as ações de vigilância epidemiológica nos municípios	120

Gráfico 24. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios	121
Gráfico 25. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios.....	121
Gráfico 26. Recursos humanos para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios	121
Gráfico 27. Disponibilidade de equipamentos e material de apoio para as ações de vigilância sanitária nos municípios	124
Gráfico 28. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da VISA.....	126
Gráfico 29. Recursos humanos para as ações da VISA nos municípios	127
Gráfico 30. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância Nutricional nos municípios.....	131
Gráfico 31. Principais aspectos com influências restritivas do processo de Vigilância em Saúde.....	133
Gráfico 32. Principais aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância em Saúde.....	136
Gráfico 33. Acesso a veículo para as atividades de Vigilância em Saúde.....	139
Gráfico 34. Disponibilidade de informática para as atividades de Vigilância em Saúde nos municípios	141
Gráfico 35. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Ambiental em Saúde.....	142
Gráfico 36. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Epidemiológica	143
Gráfico 37. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Sanitária ...	143
Gráfico 19. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador	144
Gráfico 39. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Nutricional	145
Gráfico 40. Gastos com recursos próprios (tesouro municipal) em Vigilância em Saúde...	146
Gráfico 22. Municípios que informaram gastos em Vigilância em Saúde no SIOPS em 2008	146
Gráfico 42. Profissionais de Nível Superior existentes na de Vigilância em Saúde nos municípios	147
Gráfico 43. Profissionais de nível médio e elementar existentes na de Vigilância em Saúde nos municípios.....	148
Gráfico 44. Quanto à exclusividade dos profissionais de Nível Superior na Vigilância em Saúde:.....	148
Gráfico 45. Expectativa de capacitação aos dos profissionais de Vigilância em Saúde:	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CS – Código de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOU - Diário Oficial da União
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
DVASA – Divisão de Atenção à Saúde
EAD – Educação à Distância
ECD – Epidemiologia e Controle de Doenças
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FAD – Febre Amarela e Dengue
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN – Laboratório Central do Estado
LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, de 1990).
LM – Lei Municipal
MS - Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
Org. - Organizador
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAP-VS- Programa de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde
PAVS- Programa de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde
PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PNCD – Programa Nacional de Combate à Dengue
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PR – Paraná
PSF - Programa de Saúde da Família
REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RS – Regional de Saúde
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SCAPS – Seção de Atenção Primária à Saúde
SCINS – Seção de Insumos de Saúde
SCRCA – Seção de Regulação, Controle e Auditoria
SCVGS – Seção de Vigilância em Saúde
SE – Secretaria Executiva
SESA – Secretaria de Estado de Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de Informações em Atenção Básica
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SINAVISA – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SISVAN – Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS – Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
TFECD – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVISA – Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TFVS – Teto Financeiro da Vigilância em Saúde
UF – Unidade da Federação
VAS. Vigilância Ambiental em Saúde;
VE – Vigilância Epidemiológica
VIGISUS – Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
VISA – Vigilância Sanitária
VISA- Vigilância Sanitária;
VST - Vig. Saúde do Trabalhador;
VN: Vigilância Nutricional;
VS – Vigilância em Saúde
WHO – World Health Organization (ver OMS)

RESUMO

GAZZI, B. J.. Proposta para a Organização dos Serviços de Vigilância em Saúde: Estudo Sistematizado nos Municípios da Regional de Francisco Beltrão – Paraná. O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a situação da estrutura e organização da Vigilância em Saúde (VS), no âmbito dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde (8ª RS), órgão da Secretaria de Estado da Saúde, situada no sudoeste do Paraná, e propor a reorganização dos mesmos. Tem como objetivos específicos estudar teoricamente sobre os princípios do SUS e aspectos organizacionais de sua gestão, especialmente os relacionados à Vigilância em Saúde considerando as áreas de Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) e Vigilância Nutricional(VN); avaliar a estrutura legal e de recursos humanos destinados à área de Vigilância em Saúde, verificando se as mesmas atendem as normas ou recomendações sanitárias, propondo a reorganização dos serviços onde for verificado que esses não atendem as recomendações sanitárias. Para proceder ao estudo, realizou-se pesquisa bibliográfica para aprofundamento teórico do SUS, relacionado à Vigilância em Saúde. Procedeu-se a pesquisa exploratória documental através de aplicação de questionário nos 27 municípios da região obtendo-se 25 respostas, e entrevista com gestor da Vigilância em Saúde da 8ª RS, com base no questionário dos municípios. Realizou pesquisa documental nos arquivos da 8ª RS. Para tratamento e análise dos dados da pesquisa de campo, utilizou-se o sistema FormSUS, do DATASUS/Ministério da Saúde. A pesquisa detectou os seguintes resultados: a) Apesar das propostas de integração, a literatura e normatização, inclusive de financiamento, tratam a VS Saúde em seus dois componentes principais, Vigilância em Saúde entendida com os campos da vigilância ambiental em saúde, vigilância epidemiológica e controle de doenças, incluindo parte da Saúde do Trabalhador, e noutro campo a Vigilância Sanitária. b) Quanto à Estrutura Legal há problemas na maior parte dos municípios da região; c) Quanto aos Recursos Humanos há problemas em quase todos os municípios pela falta de equipes multiprofissionais e profissionais existentes não serem exclusivos à área. Na equipe regional este problema é mais significativo com sobrecarga de demandas ao gestor; d) Quanto à Estrutura Física, de Equipamentos e Materiais Básicos, se encontra adequada na maior parte dos municípios com deficiências nas áreas de VAS, VST, VN; e) A maioria dos municípios não atende plenamente as deliberações que regulamentam as equipes e estrutura mínima para VE e VISA. Conclui-se que há necessidade de reorganização dos serviços na maioria dos municípios, integrando as suas várias áreas; que as normas necessitam ser atualizadas; há necessidade de capacitação; e gestores atenderem a Portaria do Pacto pela Saúde, com foco nas ações de promoção e proteção à saúde.

Palavras Chaves: Serviços de Vigilância em Saúde, SUS, reorganização, promoção à saúde.

E-mail para contato: benvenuto@sesa.pr.gov.br

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO.....	III
LISTA DE QUADROS	IV
LISTA DE FIGURAS	V
LISTA DE GRÁFICOS.....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	VIII
RESUMO	X
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1. PRINCIPAIS CONCEITOS DE SAÚDE.....	19
2.1.1 Conceito de Saúde	20
2.1.2 Conceito de Promoção da Saúde	21
2.1.3 Conceitos de Vigilância.....	22
2.2. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL 1988 E LEGISLAÇÃO SANITÁRIA.....	26
2.3. PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	28
2.3.1 União	30
2.3.2 Estado.....	32
2.3.3 Municípios.....	34
2.4. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS	35
2.4.1 Das competências específicas da União	36
2.4.2 Das competências específicas dos Estados.....	36
2.4.3 Das competências específicas dos Municípios.....	37
2.5. ESTRUTURAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	37
2.5.1 União.....	38
2.5.2 Estado do Paraná	40
2.5.3 Municípios.....	41
2.6. PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	42
2.6.1 Vigilância Epidemiológica	44
2.6.2 Vigilância Sanitária	48

2.6.3 Vigilância Ambiental em Saúde	54
2.6.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador	57
2.6.5 Vigilância Nutricional.....	58
2.6.6 Sistemas de informações da Vigilância em Saúde	59
2.6.7 Sistema de Laboratórios de Saúde Pública	64
2.7. ASPECTOS CONCEITUAIS DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	68
2.8. O ESTADO E SUAS REGIONAIS DE SAÚDE.....	72
2.9. CONCEITO DE MUNICÍPIO.....	74
2.9.1 Distritos	74
3. METODOLOGIA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO	76
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	76
3.1.1 Pesquisa Bibliográfica.....	76
3.1.2 Pesquisa documental.....	77
3.1.3 Levantamento e Pesquisa de Campo	78
3.2. QUANTO A NATUREZA DA PESQUISA	78
3.2.1 Pesquisa quantitativa	78
3.2.2 Pesquisa Qualitativa	79
3.3. QUANTO ÀS TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS.....	79
3.4. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	81
3.5. DELIMITAÇÃO ESPACIAL.....	82
4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	84
4.1. QUANTO À ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DOS SERVIÇOS	85
4.1.1 Vigilância Ambiental em Saúde	86
4.1.2 Vigilância Epidemiológica	89
4.1.3 Vigilância Sanitária	89
4.1.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador	93
4.1.5 Vigilância Nutricional.....	94
4.2. ASPECTOS LEGAIS NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	95
4.3. LOCALIZAÇÃO REGIONAL DOS MUNICÍPIOS	98
4.3.1 A Região Sudoeste do Paraná.....	98
4.3.2 Situação quanto à pactuação na área de Saúde	101
4.4. SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EXISTENTES NOS MUNICÍPIOS.....	102
4.4.1 Inserção organizacional da Vigilância em Saúde.....	102

4.4.2 Quanto à Forma de Organização Administrativa da Vigilância em Saúde.....	107
4.4.3 Quanto à inserção da Vigilância em Saúde na gestão municipal:	108
4.4.4 Controle Social da Vigilância em Saúde	108
4.5. ESTRUTURA ATUAL DOS ÓRGÃOS DE VIGILÂNCIA PESQUISADOS	109
4.5.1 A Vigilância em Saúde na 8ª Regional de Saúde	110
4.5.2 Vigilância Ambiental em Saúde nos municípios.....	115
4.5.3 Vigilância Epidemiológica nos Municípios	119
4.5.4 Estrutura da Vigilância Sanitária nos municípios:	122
4.5.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador.	127
4.5.6 Quanto à estrutura da Vigilância Nutricional nos municípios	129
4.6. PRINCIPAIS DIFICULDADES NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	131
4.6.1 Dificuldades e problemas operacionais da Vigilância em Saúde	131
4.6.2 Dificuldades e limitações levantadas na pesquisa de campo:	132
4.6.3 Aspectos facilitadores para as ações de Vigilância em Saúde	136
4.7. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	139
4.7.1 Estrutura, Equipamentos e Recursos Materiais.....	139
4.7.2 Recursos Tecnológicos.....	141
4.7.3 Recursos Financeiros para as ações de Vigilância em Saúde	141
4.7.4 Recursos Humanos	147
4.8. DISCUSSÃO DA POLÍTICA PÚBLICA PARA ORGANIZAR OS SERVIÇOS.....	150
4.8.1 Papel do Estado na descentralização das ações de Vigilância em Saúde. ...	151
4.8.2 Papel dos municípios na Vigilância em Saúde.	155
4.8.3 Financiamento da Vigilância em Saúde pelos entes Federados.....	165
4.8.4 O resgate na prioridade das ações de promoção e proteção à saúde:.....	168
4.8.5 Articulação da Vigilância em Saúde e a Atenção Básica/Primária.....	169
4.8.6 Educação permanente em saúde e Educação em Saúde.	169
4.9. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO	170
4.9.1 8ª Regional de Saúde.	170
4.9.2 Reorganização da Vigilância em Saúde nos Municípios:	172
4.9.3 Incentivar consórcios e parcerias na área de Vigilância em Saúde:.....	172
4.9.4 Revisão de deliberações e normatizações técnicas	173
4.9.5 Capacitação e informação em Saúde	173

4.9.6 Notificar os municípios com pendências na organização da Vigilância em Saúde.....	174
4.9.7 Propor a revisão do financiamento da Vigilância em Saúde prevendo:	174
4.9.8 Definir a que área do SUS compete a Vigilância Nutricional.	175
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	176
6. REFERÊNCIAS	181
7. APÊNDICES.....	193
7.1. APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO.....	194
7.2. APÊNDICE II – PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO	208
7.3. APÊNDICE III – PROPOSTA DE DELIBERAÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	210
7.4. APÊNDICE IV – CD-ROM DE APOIO AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .	216
8. ANEXOS.....	218
8.1. ANEXO I – PORTARIA GM/MS Nº 1.172 DE 15 DE JUNHO DE 2004.....	219
8.2. ANEXO II – PORTARIA GM/MS Nº 1.998, DE 21 DE AGOSTO DE 2007	227
8.3. ANEXO III – PORTARIA GM/MS Nº 3.120, DE 01 DE JULHO DE 1998.....	230
8.4. ANEXO IV – ARTIGOS CITADOS DA LEI FEDERAL Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.....	237
8.5. ANEXO V – AMOSTRAS DE ÁGUA ENVIADAS PARA ANÁLISE EM 2008.....	242

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Brasileira de 1988, e consta no capítulo da Seguridade Social, especificamente no seu artigo 196: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Para tanto foi instituído o Sistema Único de Saúde, o SUS, previsto no capítulo da Seguridade Social, no artigo 198 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/91. A área de saúde pública contempla várias ações e serviços prestados à população pelos entes federados através dos gestores federal, estaduais e municipais de saúde.

Além da legislação maior, o Sistema Único de Saúde também é regido por portarias, resoluções, normas operacionais e pactos de ações e metas de saúde. Dentre estas ações um dos segmentos é a área da Vigilância em Saúde. Esta área abrange a vigilância, entre elas a Ambiental, Epidemiologia e Sanitária, que historicamente são as de atuação mais clássica, e mais recentemente foram incluídas as ações de Vigilância Nutricional e Saúde do Trabalhador.

Constitucionalmente estas ações estão previstas no artigo 200:

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL(a), 1998)

Quanto ao contexto do estudo, delimitou-se a abrangência da 8ª Regional de Saúde, órgão descentralizado da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná sediado no município de Francisco Beltrão, situado na região sudoeste do Paraná.

O tema “organização dos serviços de vigilância em saúde” foi escolhido buscando atender a lista de temários propostos pela Escola de Governo. Neste trabalho pretende-se, inicialmente observar dois pontos entre as vinte sugestões propostas pela Escola de Governo do Estado do Paraná:

a) Modelos organizacionais para prestação de serviços públicos: Pretende-se analisar a proposta estadual de organização dos serviços de vigilância de forma agregada, na forma de vigilância em saúde, e como este processo se encontra estabelecido na regional de saúde e nos municípios. Também se pretende levantar os recursos humanos existentes nos municípios da região para atender a área de vigilância em saúde, e comparar com o preconizado nas normas pactuadas nas instâncias gestoras e/ou programas estabelecidos.

b) Coordenação e controle das ações governamentais: Pretende-se analisar os resultados das ações e atividades pactuadas.

Em 2007, através do Decreto Estadual do Paraná 777/2007 (PARANÁ, 2007), ocorreu a reorganização da Estrutura da Vigilância em Saúde dentro da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Paraná, com a integração das áreas de Vigilância em Saúde no nível central e regional. A questão é verificar se estas estruturas, em especial na regional de saúde e municípios pertencentes à 8ª Regional de Saúde, têm condições de atender às demandas sanitárias previstas na legislação sanitária e pactuações de ações de saúde assinadas entre os gestores de saúde, em termos de recursos humanos, equipamentos e arcabouço legal.

Na instância federal de gestão da saúde, as atividades de Vigilância em Saúde estão separadas, com as ações de vigilância epidemiológica e ambiental contidas na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Já as ações de Vigilância Sanitárias se encontram na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Pretende-se com este projeto analisar as ações e os serviços de Vigilância em Saúde no âmbito da 8ª Regional de Saúde, órgão descentralizado da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná sediado no município de Francisco Beltrão, situado

na região sudoeste do Paraná. A Região é composta por 27 municípios com população estimada para 2009 pelo IBGE de 335.640 habitantes.

O problema de pesquisa é se a Estrutura e organização da Vigilância em Saúde no âmbito da 8ª Regional de Saúde (Regional e Municípios) oferecem condições para atender às demandas considerando os requisitos das normas sanitárias e pactuações e ações de saúde, e se as diversas áreas de Vigilância em Saúde atuam em conjunto e de forma integrada?

O pressuposto inicial do projeto deste Trabalho de Conclusão de Curso é que a descentralização das ações de Vigilância em Saúde para os Serviços Municipais de Saúde não foi homogênea, havendo municípios onde os serviços não se encontram devidamente estruturados, organizados e integrados. Nas últimas duas décadas há uma mudança do papel do gestor estadual em saúde do Estado do Paraná, e respectivas regionais de saúde e seus órgãos executores das ações de Vigilância em Saúde, para agora um papel de supervisores e assessores das ações executadas pelos municípios, papel este que o gestor estadual ainda não assumiu por completo.

Justificativa: O projeto se justifica em função da complexidade e amplitude das ações na área de Vigilância em Saúde, pois podem conter ações de uma simples vacinação por uma gotinha, uma orientação básica de higiene, até uma inspeção de um complexo industrial farmacêutico. Suas ações estão relacionadas com a saúde humana e toda a gama de procedimentos relacionados à mesma. As ações e serviços de Vigilância em Saúde atingem a toda população brasileira e a quase totalidade da economia nacional, do vendedor ambulante de alimentos ao grande hospital. A falta de organização nesta área pode refletir em problemas sanitários que podem gerar altos custos com a assistência médica, como a ocorrência de surtos alimentares, de doenças infecto-contagiosas, intoxicações por medicamentos e outros produtos, entre vários outros agravos, gerando prejuízos aos consumidores e à sociedade como um todo. No novo papel do gestor estadual de saúde, de supervisionar e assessorar os municípios nas suas ações e serviços de saúde é dever da 8ª Regional de Saúde verificar a situação atual das condições de Vigilância em Saúde e propor melhorias que refletirão na sociedade como um todo.

Desta forma, o Objetivo Geral do projeto é propor a reorganização dos serviços de Vigilância em Saúde, onde for necessário, através da análise da

situação da estrutura e organização da Vigilância em Saúde no âmbito da 8ª Regional de Saúde (Regional e Municípios).

O projeto tem como Objetivos Específicos: a) Situar teoricamente o SUS e os aspectos organizacionais de sua gestão, especialmente os relacionados à Vigilância em Saúde; b) Avaliar os aspectos legais para o funcionamento da área de Vigilância em Saúde; c) Verificar se a estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos destinados à área de Vigilância em Saúde atende as normas pactuadas, normas ou recomendações sanitárias, e d) Propor a reorganização dos serviços onde for verificado que os mesmos não atendem as recomendações sanitárias.

O Trabalho está estruturado na seguinte forma: Revisão Bibliográfica, onde serão levantados os principais conceitos de saúde e da Vigilância em Saúde; competências e responsabilidades dos entes federados; Estruturas da Vigilância em Saúde, entre outros aspectos; Organização dos Serviços de Vigilância em Saúde, envolvendo a estrutura dos serviços existentes, aspectos legais, identificação da região; Serviços de vigilância em saúde existentes; a estrutura dos órgãos pesquisados; as principais dificuldades na Vigilância em Saúde; consolidação das informações; discussão da política para organizar os serviços e propostas de organização e Conclusão com Recomendações.

Quanto à metodologia, o trabalho utilizou pesquisa do tipo exploratória com alguns aspectos de pesquisa descritiva, pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Quanto à natureza, a pesquisa é preponderantemente quantitativa, com alguns aspectos de pesquisa qualitativa. Quanto aos métodos utilizados realizou pesquisa de campo através de observação direta intensiva com aplicação de questionário aos municípios e realização de entrevista para a Vigilância da 8ª Regional de Saúde.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta abordagem de revisão bibliográfica destacam-se os seguintes itens: principais conceitos de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, Constituição Federal do Brasil de 1988 e legislação sanitária, principais políticas públicas de saúde, competências e responsabilidades dos entes federados, Estruturas da Vigilância em Saúde, principais áreas de atuação da Vigilância em Saúde, aspectos conceituais relacionados aos serviços de Vigilância em Saúde, o Estado e as suas Regionais de Saúde, e conceito de município.

2.1. PRINCIPAIS CONCEITOS DE SAÚDE

Segundo ALMEIDA FILHO(b) (2000, p.2 e segs.) e SÁ JUNIOR (2005, p 15-16), o conceito de Saúde não é estático e muito menos consensual, possuindo variantes de definição conforme o autor e ao longo do tempo.

COELHO e ALMEIDA comentam que:

Estudos conceituais no campo da saúde têm focado quase que exclusivamente os conceitos de doença, patologia e seus correlatos (Temkin, 1963; Margolis, 1976; Berlinguer, 1988). Na América Latina, autores como Pérez-Tamayo (1988) e Abed (1993) desenvolvem uma abordagem historiográfica do conceito de enfermidade. No Brasil, encontra-se desde uma investigação sobre a história do conceito de risco (Ayres, 1997) até um estudo filosófico sobre a doença (Hegenberg, 1998), além de aproximações etnográficas sobre os conceitos de sofrimento e doença (Duarte et. al., 1998). (COELHO & ALMEIDA, 2002, p. 316)

Nesse trabalho estes autores apontam que o conceito de saúde pode ter várias vertentes, com caráter negativo (da doença), ou positivo (da promoção à saúde), de níveis de complexidade ou atendimento, do primário ao terciário, e avaliados no plano individual e coletivo. (Quadro 1)

Nesse contexto, serão trabalhados os principais conceitos relacionados à Saúde, Promoção à Saúde, Vigilância em Saúde, pela Organização Mundial de Saúde, pela Constituição Brasileira de 1988 e Legislação Sanitária e a discussão dos autores consultados sobre os temas.

Quadro 1. Níveis conceituais e definições de saúde

Níveis conceituais e definições de saúde				
Níveis conceituais de saúde	Definição positiva		Definição negativa	
	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual
Saúde primária (universal)	Solidariedade da cultura com interesses do eu	Capacidade de mudar, reajustar, comunicar, estimar-se, reconhecer a realidade	Campanhas de vacinação, erradicação de vetores, saneamento	Disposições constitucionais de resistência à enfermidade
Saúde secundária (particular)	Reconhecimento público da saúde	Papel de sadio (healthy role)	Processos grupais de cura e normalização	Ausência de atributos patológicos
Saúde terciária (singular)	-	Signos / significados individuais de saúde independentes da doença	-	Novos patamares de saúde instituídos após adoecimento

Fonte: Adaptado de COELHO & ALMEIDA (2002, p.326)

2.1.1 Conceito de Saúde

ARANHA(org.) (2003, p. 44) expõe que “No preâmbulo Constituição da Organização Mundial de Saúde, assinada em 26 de julho de 1946, é apresentado o conceito de saúde adotado: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Este conceito foi reforçado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizado em setembro de 1978, na cidade de Alma Ata, então URSS. Acrescenta à definição da OMS que “(...) é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.” (BRASIL(r), 2002, p.33)

Este conceito amplo, e que busca um entendimento holístico da saúde, não é um consenso absoluto, havendo críticas quanto a sua aplicabilidade, abrangência, por ser impossível se definir o que seria o “estado de bem estar social” (DEJOURS, 1986 apud ARANHA (org.), 2003, p.44). Naomar de Almeida Filho, em seu trabalho

“O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?” complementa esta crítica com a dificuldade de se definir o que é Saúde (ALMEIDA FILHO, 2000a, p. 6).

Por outro lado há centenas de trabalhos que adotam e defendem o conceito da OMS justamente por procurar entender a saúde como um todo, pelo seu caráter intersetorial, notadamente na área de saúde mental.

No sentido da promoção da saúde e a adoção de políticas saudáveis BUSS expõe:

A perspectiva das políticas públicas saudáveis distingue-se e ultrapassa em abrangência as ações ambientais da saúde pública tradicional e, mesmo, as políticas urbanas de expansão de serviços e bens de consumo coletivo. Implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade. A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. (BUSS, 2000, p 163.).

2.1.2 Conceito de Promoção da Saúde

Na Carta de Ottawa, documento emitido na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 na cidade de Ottawa, Canadá, sob promoção da Organização Mundial de Saúde, foi elaborado o seguinte conceito de promoção da Saúde:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL(r), 2000, p. 19 e 20)

Paulo Marchiori Buss explicita que “O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá,

Estados Unidos e países da Europa Ocidental” (BUSS, 2000, p 166.). Este autor cita que o desenvolvimento das bases conceituais e políticas da promoção da saúde aconteceu em quatro Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, citando as de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Jacarta. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional. (BUSS, 2000, p 166.).

2.1.3 Conceitos de Vigilância

Na Biblioteca Virtual de Saúde da Organização Mundial de Saúde, no banco de terminologias em saúde, que ainda se encontra em construção, constam as seguintes definições associadas ao termo Vigilância, relacionadas ao presente trabalho que se encontram transcritas literalmente, com alguns pontos com tradução livre:

Quadro 2. Conceitos relacionados à Vigilância em Saúde

Quadro 2.a) *Surveillance*

Descriptor english	Surveillance
Descriptor spanish	Vigilancia
Descriptor portuguese	Vigilância

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.b) *Health Surveillance System*

Descriptor english	Health Surveillance System
Descriptor spanish	Sistema de Vigilancia Sanitaria
Descriptor portuguese	Sistema de Vigilância Sanitária
Definition	Compreende o conjunto de instituições, políticas e métodos que formam a estrutura organizacional-administrativa da área governamental de vigilância sanitária.

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

O conceito de Vigilância em Saúde (*health surveillance*) é traduzido pela Biblioteca Virtual de Saúde da OMS do inglês para o espanhol e português como “Vigilância Sanitária”, citando como exemplo direto o parágrafo 1º do art. 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Quadro 2.c) *Health Surveillance*

Descriptor <i>english</i>	Health Surveillance
Descriptor <i>spanish</i>	Vigilancia Sanitaria
Descriptor <i>portuguese</i>	Vigilância Sanitária
Definition	<i>A set of measures that are capable of eliminating, reducing or preventing health risks and of intervening in sanitation problems resulting from the environment, production and transportation of goods and the rendering of services that are of interest to health. Note: The sanitation vigilance Health surveillance includes: (i) control of consumption goods that are directly or indirectly related to health, in all stages of production and consumption; (ii) control over the rendering of services that are directly or indirectly related to health (Law 8080 of September 19, 1990, Brazil).</i>
	(Tradução) Ver definição de Vigilância Sanitária, parágrafo 1º do art. 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 no ponto 2.2
Synonym	Health Control Sanitary Surveillance Sanitary Vigilance Sanitation Vigilance

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.d) *Health Surveillance of Products*

Descriptor <i>english</i>	Health Surveillance of Products
Descriptor <i>spanish</i>	Vigilancia Sanitaria de Productos
Descriptor <i>portuguese</i>	Vigilância Sanitária de Produtos
Definition	Refere-se ao controle e fiscalização de bens de consumo, que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, considerando todas as etapas e processos que envolvem a produção, armazenamento, circulação, transporte, comercialização e consumo, incluindo matérias-primas, coadjuvantes de tecnologias e equipamentos.

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.e) *Health Surveillance of Health Services*

Descriptor <i>english</i>	Health Surveillance of Health Services
Descriptor <i>spanish</i>	Vigilancia Sanitaria de Servicios de Salud
Descriptor <i>portuguese</i>	Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde
Definition	Controle e fiscalização dos serviços de saúde, visando controlar o funcionamento dos serviços, a prestação de serviços, os riscos físicos, químicos, biológicos e iatrogenias, e assegurar o exercício de boas práticas na atenção à saúde dos pacientes.

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.f) *Health Surveillance of Environments*

<i>Descriptor english</i>	<i>Health Surveillance of Environments</i>
<i>Descriptor spanish</i>	<i>Vigilancia Sanitaria de Ambientes</i>
<i>Descriptor portuguese</i>	Vigilância Sanitária de Ambientes
<i>Definition</i>	Controle e fiscalização do meio ambiente e ambiente de trabalho buscando evitar os riscos ao ambiente e à saúde de profissionais expostos e população, decorrentes da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias, produtos e equipamentos.

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.i) *Epidemiology*

<i>Descriptor english</i>	epidemiology
<i>Descriptor spanish</i>	epidemiología
<i>Descriptor portuguese</i>	epidemiologia
<i>Definition</i>	Used with human and veterinary diseases for the distribution of disease, factors which cause disease, and the attributes of disease in defined populations; includes incidence, frequency, prevalence, endemic and epidemic outbreaks; also surveys and estimates of morbidity in geographic areas and in specified populations. Used also with geographical headings for the location of epidemiologic aspects of a disease. Excludes mortality for which "mortality" is used.
	(Tradução livre) Usado para estudos da distribuição de doenças humanas e veterinárias, fatores que causam doença, e os atributos de doença em populações definidas; inclui incidência, frequência, prevalência, erupções endêmicas e epidêmicas; também pesquisas e estimativas de morbidez em áreas geográficas e em populações especificadas. Também usado com títulos geográficos para o local de aspectos epidemiológicos de uma doença. Exclui mortalidade para a qual "mortalidade" é usada.
<i>Synonym</i>	<i>/endemics</i> (Endemias) <i>/epidemics</i> (epidemias) <i>/frequency</i> (frequência) <i>/incidence</i> (incidência) <i>/morbidity</i> (morbidade) <i>/occurrence</i> (ocorrência) <i>/outbreaks</i> (surtos) <i>/prevalence</i> (prevalência) <i>/surveillance</i> (vigilância)

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.h) *Epidemiologic Surveillance*

<i>Descriptor english</i>	<i>Epidemiologic Surveillance</i>
<i>Descriptor spanish</i>	<i>Vigilancia Epidemiológica</i>
<i>Descriptor portuguese</i>	<i>Vigilância Epidemiológica</i>
<i>Definition</i>	<p><i>A set of measures that allow for the gathering of information indispensable to understanding the behavior or natural history of diseases, as well as to detecting or preventing changes to its conditioning factors and whose purpose is to recommend efficient preventive measures and control of certain aggravations. WHO: Systematic ongoing collection, collation, and analysis of data and the timely dissemination of information to those who need to know so that action can be taken. CDC: The ongoing systematic collection, analysis, and interpretation of health data, essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice, closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know. The final link in the surveillance chain is the application of these data to prevention and control. A surveillance system includes a functional capacity for data collection, analysis and dissemination linked to the public health programs.</i></p>
	<p>(Tradução livre) Um grupo de medidas que permitem juntar informação indispensável para entender o comportamento ou história natural de doenças, como também para descobrir ou prevenir mudanças para fatores de condicionamento e com o propósito de recomendar eficientes medidas preventivas e controlar certos agravos. OMS: Podem ser consideradas a coleta contínua sistemática, coletas, e análise de dados e a disseminação oportuna de informação para esses que precisam saber de forma que ação. CDC: A coleta sistemática contínua, análise, e interpretação de dados de saúde, essencial ao planejamento, implementação, e avaliação de prática de saúde pública, associado e integrado com a disseminação oportuna destes dados para esses que precisam saber. A ligação final na cadeia de vigilância é a aplicação destes dados a prevenção e controle. Um sistema de vigilância inclui uma capacidade funcional por coleta de dados, análise e disseminação unidas aos programas de saúde pública.</p>

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.j) *Surveillance of Working Environment*

<i>Descriptor english</i>	<i>Surveillance of Working Environment</i>
<i>Descriptor spanish</i>	<i>Vigilancia del Ambiente de Trabajo</i>
<i>Descriptor portuguese</i>	<i>Vigilância do Ambiente de Trabalho</i>
<i>Definition</i>	<p>Conjunto de atividades desenvolvidas por serviços públicos de saúde com a finalidade de controlar ou eliminar os riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.</p>

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.k) *Surveillance of the Workers Health*

<i>Descriptor english</i>	<i>Surveillance of the Workers Health</i>
<i>Descriptor spanish</i>	<i>Vigilancia de la Salud del Trabajador</i>
<i>Descriptor portuguese</i>	Vigilância em Saúde do Trabalhador
<i>Definition</i>	Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

Quadro 2.g) *Police Power*

<i>Descriptor english</i>	<i>Police Power</i>
<i>Descriptor spanish</i>	<i>Poder de Policía</i>
<i>Descriptor portuguese</i>	Poder de Polícia
<i>Definition</i>	<i>Power given to the public administration to restrain individuals' use of and benefit from goods, activities and rights on behalf of the community or the STATE itself</i>
	(Tradução livre) Poder dado à administração pública para restringir indivíduos de se beneficiar de bens, atividades e direitos em nome da comunidade ou o próprio ESTADO

Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2009)

2.2. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL 1988 E LEGISLAÇÃO SANITÁRIA

No Brasil a saúde está definida no art. 196 da Constituição Federal de 1988, já descrito na Introdução (BRASIL(a), 1998). Sendo o termo Vigilância em Saúde um conceito recentemente implantado no Brasil, não há definição em Lei ou norma do mesmo. O artigo 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 conceitua as atividades relacionadas à Vigilância em Saúde de forma separada nos parágrafos 1º, 2º e 3º.

A Vigilância Sanitária está definida como:

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas

sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL(b), 1990)

A Vigilância Epidemiológica está definida como:

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL(b), 1990)

A Saúde do Trabalhador está definida como:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: (....). (BRASIL(b), 1990)

Já as ações de Vigilância Ambiental de Saúde se enquadram dentro dos conceitos e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, porém na estrutura organizacional federal, no Ministério da Saúde (CONASS(b), 2007, p. 22), e na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PARANÁ(a), 2007), representam áreas específicas, porém o seu financiamento está vinculado inicialmente à vigilância epidemiológica. Sua definição legal está contida na Instrução Normativa nº 1 de 25 de dezembro de 2001 da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como:

Art. 1º O Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas), compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas relativos a vigilância ambiental em saúde, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial:(...) (BRASIL(s), 2002, p. 32).

2.3. PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As diretrizes e orientações para as atividades em saúde do governo federal, dos governos estaduais e municipais devem estar contidas no(s) Plano(s) Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, documento que por lei deve ser elaborado periodicamente conforme prevê o inciso VIII do art. 15 da Lei nº 8.080/90 (ver no item 2.4).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade estão firmados na Constituição Federal de 1988. Com base nessa perspectiva, o entendimento das ações voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde, cabe ao Ministério da Saúde organizar e elaborar planos e políticas públicas que atendam aos pressupostos constitucionais. (BRASIL(t), 2008)

A formatação de um Plano de Saúde está prevista na Portaria GM/MS nº 3.332 de 29 de dezembro de 2006 (BRASIL(u),2006), e no caderno 2 do Sistema de Planejamento do SUS, instrumentos de gestão (BRASIL(v), 2006, p.16), expressa que “No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como **Plano de Saúde** o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.”

Este material instrui que:

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

- identificar problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções;
 - identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória;
 - estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;
 - identificar os responsáveis pela execução;
 - definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.
- (...)o atendimento desses requisitos compreende dois momentos, a saber:
- **análise situacional; e**
 - **formulação dos objetivos, diretrizes e metas.** (BRASIL(v),2006, p.19)

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o Plano de Saúde conterà, minimamente, o seguinte formato:

- análise situacional;
- objetivos, diretrizes e metas.

Os eixos norteadores para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são:

- condições de saúde da população;
- determinantes e condicionantes de saúde; e
- gestão em saúde. (BRASIL(v),2006, p.27)

Seguindo estas diretrizes, o plano deve ser detalhado para a realidade do respectivo ente federado.

Outra forma de definir políticas e ações prioritárias de saúde é a pactuação de indicadores e/ou ações prioritárias. Nesse contexto destacam-se: a) Pactuação dos Indicadores do Pacto pela Saúde; b) Programação Pactuada e Integrada (PPI) está definida na nº 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL(x), 2006) como:

Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora até o momento a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios. (CONASEMS(a), 2009, p. 271)

Anteriormente ao Pacto pela Saúde, nas Normas Operacionais Básicas, também era previsto a sua utilização para pactuação das ações de Vigilância em Saúde.

Programação de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde (PAP-VS ou PAVS):

Define atividades e metas que visam a fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissa básica o aumento da capacidade dos estados e municípios para assumirem as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde, análise de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária. Garante, ainda, que os compromissos assumidos entre os gestores federais, estaduais e municipais do SUS, na área de vigilância em saúde, sejam objeto de efetiva programação e responsabilização conjunta. Subsidia a melhor distribuição dos recursos financeiros entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e torna suas aplicações mais transparentes, facilitando a participação e o controle da sociedade. A sua periodicidade é anual e leva em consideração as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, que não são incluídas na PAP-VS, para que não exista superposição de ações e de indicadores. (CONASEMS(a), 2009, p 272 e 273)

Planos Diretores, a exemplo do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA):

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária apresenta um papel político, estratégico e pedagógico importante, na medida em que se configura como um instrumento de reafirmação da Vigilância Sanitária no campo da Saúde Pública, devendo, portanto, ser trabalhado dentro dos princípios e diretrizes do SUS, mas, ao mesmo tempo, procurando refletir, a partir das suas interfaces com a economia e das especificidades de seu processo de trabalho, a necessidade de ser visto também como um campo com características singulares.

Nesse sentido, o PDVISA pretende conferir maior visibilidade e incremento de poder de ação à Vigilância Sanitária, buscando ressaltar os compromissos e as grandes metas da VISA perante a sociedade, explicitando assim a sua função como instrumento de gestão e de transformação. (BRASIL(m), 2006, p. 3)

Planos de Ação, tendo como exemplo os Planos de Ação de Vigilância Sanitária, ou de Vigilância em Saúde, estabelecidos na programação de ações prioritárias de 2007, 2008 e 2009. Estes documentos tratam das programações anuais específicas nessas áreas.

O Plano de Ação em Vigilância Sanitária deve considerar os riscos, as necessidades locais de saúde e as metas pactuadas, bem como deve ser norteado pelas diretrizes do Pacto pela Saúde e do Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Deve ter como referência para a programação de ações, o Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária, conforme Anexo IV da Portaria GM/1998, de 21/08/07. (BRASIL(y), 2008, p. 33)

2.3.1 União

O governo federal, como parte de sua prerrogativa legal e constitucional, tem por dever definir as principais políticas públicas de caráter nacional. Estas políticas são discutidas em conjunto com estados e municípios através da Comissão Intergestores Tripartite, e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e homologadas pelo Ministro da Saúde. Atualmente, as principais políticas de saúde constam no Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (CONASS(a), 2006, vol.1, p. 115), onde se destacam:

I – O PACTO PELA VIDA, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

As prioridades do PACTO PELA VIDA são: Saúde do Idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias,

com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS: envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS, como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas. (CONASS(a), 2007, vol.1, p. 117-118)

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS: estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

As prioridades do Pacto de Gestão são: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (CONASS(a), 2007, p. 362 e 363)

O Pacto se desdobra numa sequência de diretrizes e ações estratégicas, objetivos, metas. Desses, são estabelecidos programas que podem ser permanentes ou temporários.

No Plano Nacional de Saúde apresenta o seguinte:

Eixos orientadores para a discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e regional:

1. redução das desigualdades em saúde;
2. ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção;
3. redução dos riscos e agravos;
4. reforma do modelo de atenção à saúde;
5. aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social. (BRASIL(z), 2005, p. 9),

O Plano contempla as iniciativas prioritárias do MS

1. Ampliação do acesso a medicamentos, com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares.
2. Qualificação da atenção à saúde (Qualisus).
3. Saúde bucal.
4. Saúde mental.
5. Saúde da mulher.
6. Controle da hanseníase e da tuberculose.
7. Incremento do sistema de transplantes.
8. Implantação do serviço civil profissional em saúde.
9. Investimentos em saneamento.
10. Garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos.
11. Saúde indígena.
12. Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.
13. Regulamentação da Emenda Constitucional 29.
14. Aprovação do Plano Nacional de Saúde.
15. Qualificação da gestão e regionalização no SUS.
16. Aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados. (BRASIL(z), 2005, p. 9),

2.3.2 Estado

No Paraná, as principais políticas de saúde estão expressas no Plano Estadual de Saúde 2008-2011, onde constam os seguintes compromissos prioritários.

No Eixo Gestão em Saúde:

Fortalecimento e aperfeiçoamento dos processos de Educação em Saúde com foco na formação técnica e na educação permanente.
 Gestão do Trabalho.
 Estruturação, consolidação e re-equipamento da rede assistencial existente e implementação de novas unidades.
 Cumprimento da EC – 29.
 Implementação do processo de informação, planejamento, programação, e monitoramento e do SUS
 Reorganização da Gestão do Sistema.
 Gestão em Saúde
 Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. (PARANÁ(c), 2008, p. 118)

No Eixo Condições de Saúde:

Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

Redução dos agravos prevalentes de atenção a saúde e suas complicações (por doenças circulatórias, por neoplasias, por causas externas, por doenças respiratórias, por doenças endócrinas, por transtornos mentais, por doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Implantação da Política de Saúde da Pessoa Idosa.

Fortalecimento da capacidade de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis.

Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos considerados estratégicos.

Fortalecimento da capacidade de prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

Estruturação da Rede Estadual de Laboratórios em Saúde Pública.

Implantação e Implementação da Rede Estadual de Saúde do Trabalhador.

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Pactuação de Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Atenção Primária e de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas (assistência farmacêutica, sangue e hemoderivados, produção e pesquisa de imunobiológicos, transplantes, leitos de UTI e psiquiátricos), contemplando todos os ciclos de vida. (PARANÁ(c), 2008, p. 117-118)

A Secretaria de Estado de Saúde também assinou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual de Saúde previsto na Portaria GM/MS 399/2006 regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 699, de 30 de março de 2006 (BRASIL(at), 2006), e homologado através da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná (CIB-PR) nº 110 de 16 de outubro de 2007. (PARANÁ(g), 2007)

No Plano Plurianual – (PPA) são apontados como ações prioritárias da saúde os pontos elencados no quadro 3 abaixo:

Quadro 3. Quadro 15 da Saúde do Anexo II do PPA 2008-2011 do Paraná

ABORDAGENS	ENFORQUE QUANTITATIVO	ENFOQUE QUALITATIVO
Brechas Redutíveis de Mortalidade	Mortalidade infantil, neonatal e tardia	É a diferença entre taxas do país e/ou grupo observado e aquelas tomadas como referência
Oferta de Serviços	Número de equipamentos de Saúde (hospitais, leitos hospitalares e leitos de UTI) por habitante	Qualidade e eficácia da oferta: Taxas de mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna, expectativa de vida, mortalidade nas diversas faixas etárias, cobertura vacinal.
Recursos Humanos	Número de médicos, enfermeiros por habitantes	Coefficiente de atendimento: Razão entre o número de atendimentos por dia e hora médica por dia.
Medidas de utilização de serviços de Saúde	Número de serviços de saúde por habitante	Taxa de utilização de serviços de saúde
	Número de serviços de saúde por habitante	Taxa de Ocupação Hospitalar
Número de Hospitais por habitante	Número de equipamentos de saúde (hospitais, leitos hospitalares e leitos de UTI) por habitante.	Coefficiente de utilização de serviços
	Número de serviços de saúde por habitante.	Prevalência de atendimento: proporção de pessoas que foram atendidas.
População da área de influência	Índice de Dependência: mede a proporção da população que abrange cada unidade de saúde em uma determinada área geográfica.	

Fonte: Adaptação pelo autor de (Paraná (b), 2007, pg. 170)

No Plano Plurianual – (PPA) estão previstos no orçamento para a área de saúde, no Demonstrativo por função e sub-função, os seguintes recursos financeiros:

Quadro 4. Plano Plurianual 2008/2011 - Demonstrativo por Função / Subfunção

R\$1,00

Função / Subfunção	2008	2009	2010	2011	Total
10 Saúde	524.906.730	548.926.840	577.417.460	618.756.090	2.270.007.120
243 Assistência à Criança e ao Adolescente	688.390	687.310	688.390	688.390	2.752.480
272 Previdência do Regime Estatutário	119.686.070	122.079.790	124.521.390	127.011.820	493.299.070
301 Atenção Básica	17.644.000	18.349.760	19.083.750	19.847.100	74.924.610
302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	17.057.390	17.469.250	17.892.180	18.326.500	70.745.320
303 Suporte Profilático e Terapêutico	161.083.640	187.116.690	211.496.070	238.671.450	798.367.850
305 Vigilância Epidemiológica	33.310.740	28.230.000	21.317.160	25.190.320	108.048.220
306 Alimentação e Nutrição	83.170.430	86.497.250	89.957.140	93.555.430	353.180.250
512 Saneamento Básico Urbano	0	0	0	0	0
541 Preservação e Conservação Ambiental	30.532.530	17.712.530	17.832.030	17.351.780	83.428.870
571 Desenvolvimento Científico	16.818.280	17.079.560	18.991.500	20.434.200	73.323.540
603 Defesa Sanitária Vegetal	400.000	400.000	400.000	400.000	1.600.000
604 Defesa Sanitária Animal	600.000	600.000	600.000	600.000	2.400.000
662 Produção Industrial	34.697.810 43	118.550 44	668.250	46.310.720	168.795.330
846 Outros Encargos Especiais	9.217.450	9.586.150	9.969.600	10.368.380	39.141.580

Fonte: Adaptação pelo autor de (Paraná(b), 2007, pg.85 do anexo I)

2.3.3 Municípios

Os municípios, em sua maioria, adotam as políticas de saúde de caráter nacional e estadual. Também elaboram políticas próprias focadas na realidade local. Estas políticas e ações prioritárias estão estabelecidas nos respectivos planos municipais de Saúde, que devem seguir a orientação geral para a sua elaboração. Todos os municípios da 8ª Regional de Saúde assinaram o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, previsto na Portaria GM/MS 399/2006 regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 699, de 30 de março de 2006, e homologado através da Deliberação CIB-PR nº 111 de 16 de outubro de 2007. (PARANÁ(h), 2007)

2.4. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS

As competências e responsabilidades gerais dos entes federados na área de saúde estão descritas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, havendo atribuições comuns e competências específicas. Além da Lei há uma série de normativas estabelecidas em normas operacionais, portarias e outros regulamentos quanto a aspectos específicos da organização e gestão dos serviços públicos de saúde. Na constituição Federal no artigo 24 inciso XII expressa que União, Estados e Municípios podem legislar concorrentemente sobre saúde.

Como exemplo, na Vigilância Sanitária a distribuição das competências para controle e expedição de licença sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde, pode ser resumida da seguinte forma:

Quadro 5. Distribuição de Competências

Competência	Ordinária	Complementar	Suplementar	Delegada
Direção Nacional	Executar a vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos demais entes federativos		Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.	
Direção Estadual	Expedir licença sanitária para os hospitais, bancos de sangue, serviços de terapia renal substitutiva e serviços de radiologia, radioterapia e quimioterapia.	Vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras e expedição das licenças sanitárias dos estabelecimentos que envolvam média e alta complexidade sem delegação (pactuação) com o município	Expedir licença sanitária para estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços quando constatada a inexistência de condições técnicas no município.	
Direção Municipal	Expedir licença sanitária para todos os estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços, com exceção da competência exclusiva do estado.	Vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras.		Expedir licença sanitária para os hospitais, bancos de sangue, serviços de terapia renal substitutiva e serviços de radiologia, radioterapia e quimioterapia quando delegada através de ato do Sec. Estadual de Saúde.

Fonte: Adaptação de (DANTAS, 2005, p.3)

As competências comuns estão previstas no artigo 15 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, presentes no Anexo IV do presente trabalho, relacionadas à administração, organização, elaboração de planos, normativas e outros aspectos comuns a todos os entes federados. Dos 21 incisos com as competências comuns

onze incisos (I, III, IV, VI, VII, XI, XIII, XVI, XVII e XX) estão relacionados de forma direta à Vigilância em Saúde, oito incisos (V, VIII, IX, X, XIV, XVIII, XIX e XXI) estão relacionados de forma indireta, e os demais se relacionam especificamente à gestão ou assistência à saúde

2.4.1 Das competências específicas da União

As competências da União estão estabelecidas no artigo 16 da Lei nº 8.080/90 (ver Anexo IV), onde ao mesmo compete principalmente à regulação, a coordenação em caráter nacional, ações em caráter complementar e suplementar. Dos dezenove incisos que dispõe sobre as competências da União, onze incisos (I ao X e XII) e o parágrafo único estão relacionados de forma direta à Vigilância em Saúde, seis incisos (XI, XIV, XVI, XVII, XVIII e XIX) estão relacionados de forma indireta, e os demais incisos (XIII e XV) se relacionam à gestão e assistência à saúde.

2.4.2 Das competências específicas dos Estados

As competências dos Estados estão estabelecidas no art.17 da Lei nº 8.080/90 (ver anexo IV), onde esses são responsáveis principalmente pela regulação da saúde no plano estadual e a execução de ações de saúde em caráter suplementar ou complementar aos municípios. Dos quatorze incisos que dispõem sobre as competências dos Estados, oito incisos (IV, V, VI, VII, X, XII, XIII e XIV) estão relacionados de forma direta à Vigilância em Saúde, três incisos (III, VIII e XI) estão relacionados de forma indireta, e os demais incisos (I, II e IX) se relacionam especificamente à gestão e assistência à saúde.

2.4.3 Das competências específicas dos Municípios

As competências dos Municípios estão estabelecidas no artigo 18 da Lei nº 8.080, onde ao mesmo compete principalmente a execução das ações de saúde. Dos doze incisos que dispõe sobre as competências dos Municípios, sete incisos (III,

IV, VI, VIII, IX, XI e XII) estão relacionados de forma direta à Vigilância em Saúde, dois incisos (I e V) estão relacionados de forma indireta, e os demais incisos (II, VII e X) se relacionam especificamente à gestão e assistência à saúde.

2.5. ESTRUTURAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Quanto à análise de normas que conduzirão à avaliação da organização e estrutura dos serviços municipais de Vigilância em Saúde, as principais serão:

a) Portaria GM/MS nº 1.172/2004 (BRASIL (aa), 2004) que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, nas áreas de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, define a sistemática de financiamento. Esta norma substituiu a Portaria GM/MS nº 1.139/1999 que implantou a organização da Vigilância em Saúde e determinou a certificação dos serviços de Vigilância em Saúde para receber recursos financeiros.

b) Portaria GM/MS nº 1.998/2007 (BRASIL (ab), 2004) que regulamenta o financiamento das ações de vigilância sanitária. Esta revogou a Portaria GM/MS nº 2.473/2003 que estabelecia as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive sob aspectos de financiamento.

Quanto à estruturação das equipes, as portarias acima relacionadas abrem para que os Estados, através das respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), regulamentem a formatação da equipe mínima para o repasse de recursos.

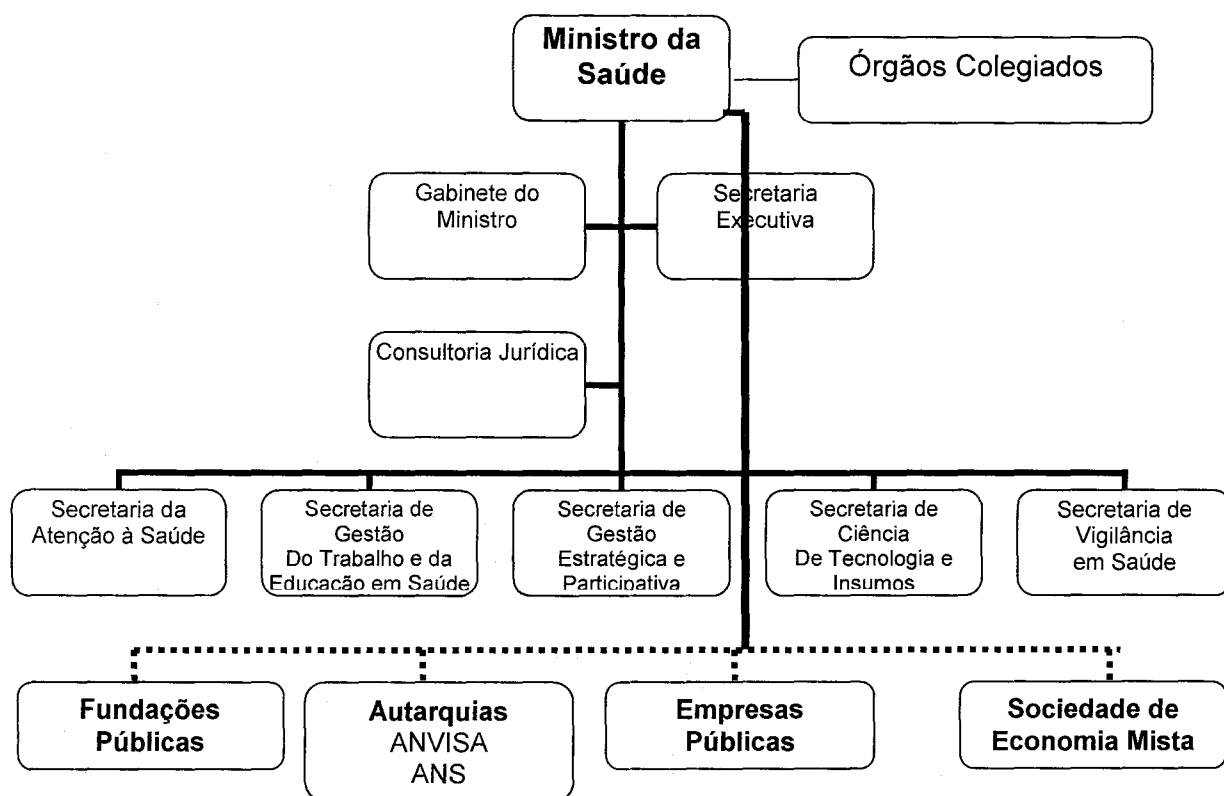
c) Para a área de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, a CIB Paraná regulamentou a equipe mínima para atuação nestas áreas através da Deliberação nº 12 de 7 de abril de 2000. Para ações de combate à Dengue, a equipe mínima consta no manual do Plano Nacional de Combate à Dengue. (PARANÁ(e), 2000)

d) Para a área de Vigilância Sanitária, a regulamentação da equipe mínima para ações de inspeção de média e alta complexidade está prevista na Deliberação nº 16 de 17 de abril de 2004 (PARANÁ(f), 2004). Não foi localizada regulamentação em vigor quanto à equipe mínima para as ações de Vigilância Sanitária Básica.

2.5.1 União

Na União a Vigilância em Saúde, no seu sentido amplo, está dividida em duas estruturas administrativas. No Ministério da Saúde (fig. 01), uma estrutura é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (fig. 02), onde se encontra as estruturas de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, entre outras atividades. A outra é Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (fig. 03) autarquia Federal criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL(c), 1999) e também define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA também é vinculada ao Ministério da Saúde, sendo este órgão o responsável pela formulação, ao acompanhamento e à avaliação da política nacional de vigilância sanitária e das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

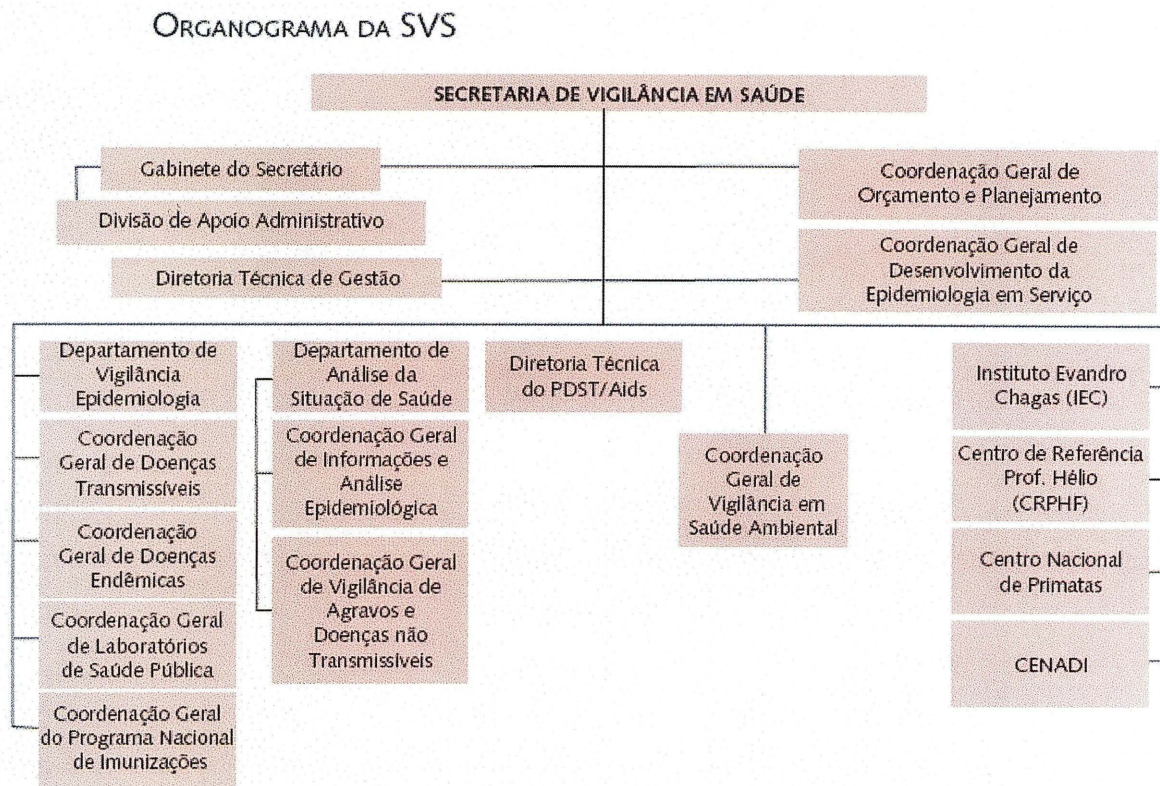
Fig. 1. . Estrutura Administrativa do Ministério da Saúde.



Fonte: Adaptado pelo autor de BRASIL(ac) (2007, p. 9)

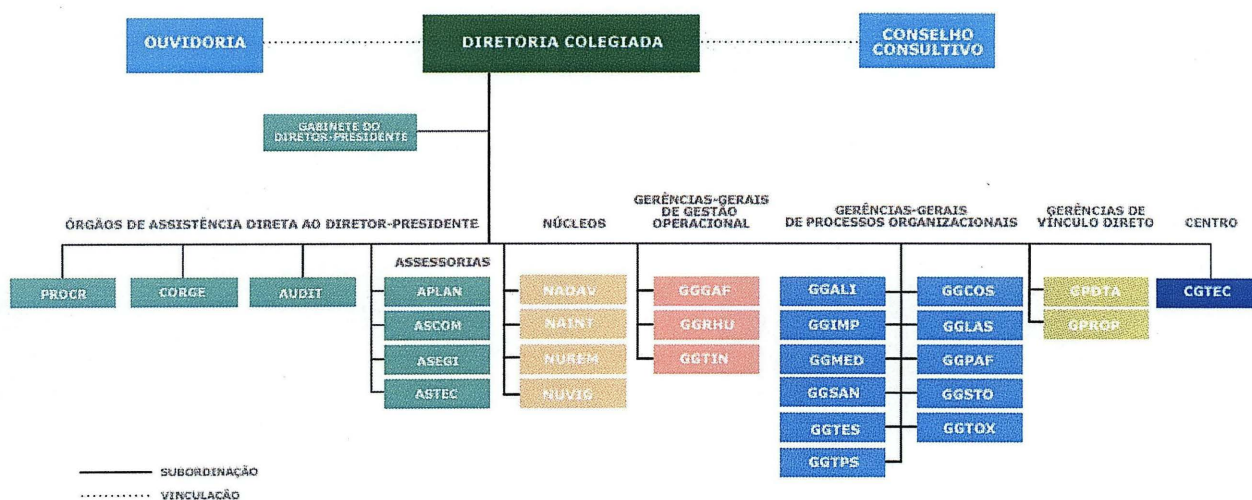
Fig. 2. Organograma da SVS/Ministério da Saúde

Fig. 2. Organograma da SVS/Ministério da Saúde



Fonte: (CONASS 2007(a), p. 22)

Fig. 3. Estrutura Administrativa da ANVISA



Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2005
República no DOU de 21 de agosto de 2006

Versão para impressão

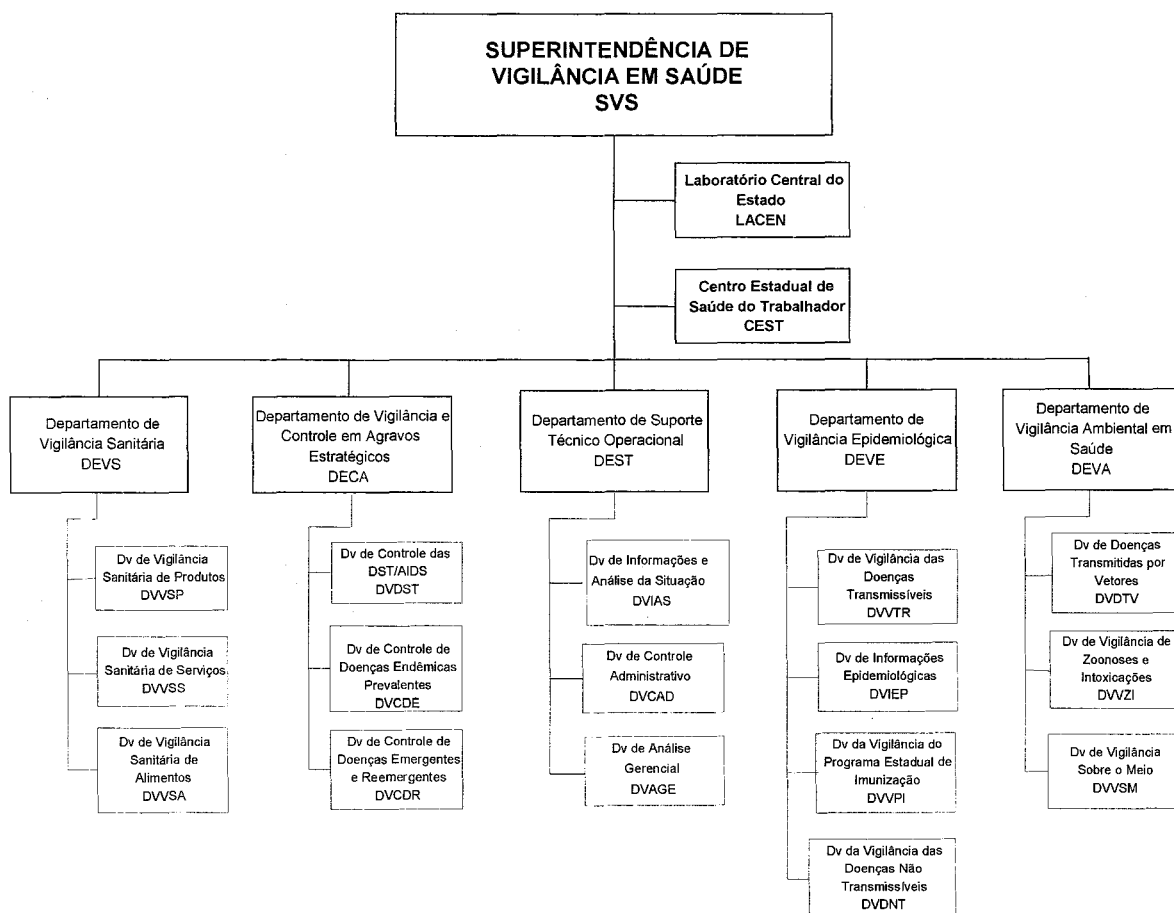
Fonte: (BRASIL(g), 2009)

como uma das coordenações da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/Área Técnica de Saúde do Trabalhador.” As atividades de Vigilância Nutricional também se encontram na SAS, no Departamento de Atenção Básica, na Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Dessa forma, as estruturas administrativas relacionadas à Vigilância em Saúde ainda não se encontram plenamente integradas.

2.5.2 Estado do Paraná

No Estado do Paraná, com o Decreto Estadual do Paraná nº 777/2007, as estruturas de Vigilância em Saúde, no seu sentido amplo, foram integradas na Secretaria de Estado da Saúde com a criação da Superintendência de Vigilância em Saúde (fig. 04).

Fig. 4. Estrutura da SVS/SESA-PR

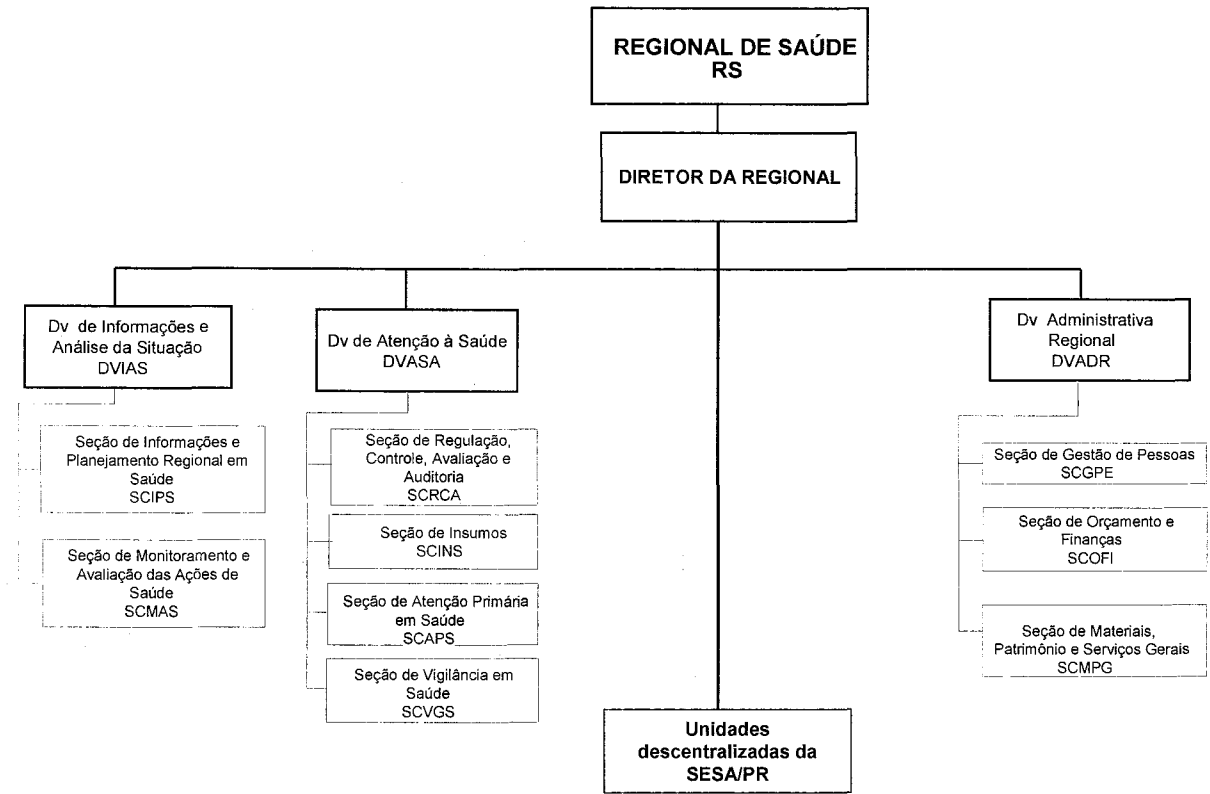


Fonte: Adaptação da Estrutura da SVS/SESA-PR do Dec. 777/2008 PR (PARANÁ(a) 2007)

Na SVS se encontram na forma de departamentos as áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde. A área de Saúde do Trabalhador se encontra na forma de Centro Estadual. Nas Regionais de

Saúde, a Vigilância em Saúde ficou estruturada em uma única seção, a Seção de Vigilância em Saúde, subordinada à Divisão de Atenção à Saúde. Nessa não há subdivisão para as áreas de atuação da Vigilância em Saúde em correspondência ao nível central. (fig. 05)

Fig. 5. Estrutura das Regionais de Saúde



Fonte: Adaptado pelo autor do Dec. 777/2007 PR PARANÁ(a) (2007)

A área de Vigilância Alimentar e Nutricional se encontra no campo de atuação da atenção primária.

2.5.3 Municípios

Para os municípios não há norma quanto à exigência de uma estrutura administrativa específica para Vigilância em Saúde e para as próprias Secretarias Municipais de Saúde, que podem se organizar na forma de Secretaria, departamento ou outra forma.

2.6. PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As principais áreas de atuação da Vigilância em Saúde são: a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental em Saúde, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, agregadas no âmbito federal na Secretaria de Vigilância em Saúde, e a Vigilância Sanitária, que no nível Federal se encontra na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Agregadas e interagindo com estas áreas, estão o Sistema de Informação em Vigilância em Saúde e o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública.

No referencial teórico utilizado no presente trabalho, literatura referenciada, na conceituação e na estrutura federal, as atividades de Vigilância em Saúde contemplam a atuação da Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental em Saúde, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, que se encontram na Secretaria de Vigilância em Saúde. A área de vigilância sanitária é tratada de forma separada no referencial teórico e na estrutura federal, está estruturada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Historicamente as ações de Vigilância em Saúde são muito antigas, havendo registros de epidemias já no século V antes de Cristo (NELSON et. al., 2001 apud CONASS(b), 2007, p. 16).

A vigilância sanitária é apontada como a configuração mais antiga da saúde pública. Questões relativas ao controle das impurezas nas águas, da salubridade nas cidades, da prática de barbeiros, boticários e cirurgiões, da circulação de mercadorias e pessoas, enfim, ações voltadas para a proteção da saúde da coletividade fazem parte da história de diversos países e do arcabouço de funções do poder público desde tempos remotos (Rozenfeld, 1999). CONASS(b) (2007, p.16)

Quanto a Vigilância Nutricional, apesar de levar o nome o termo “Vigilância”, as suas ações, estrutura administrativa e operacional se encontram mais relacionadas e integradas à área de atenção básica também chamada de atenção primária.

Quanto ao financiamento Federal das ações de Vigilância em Saúde, os recursos são repassados fundo a fundo aos governos estaduais e municipais nas contas do bloco da Vigilância em Saúde previsto pela Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL(au), 2007), utilizando duas fontes básicas.

Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS), atualmente normatizado pela Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004, que financia as ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde. A Composição do Teto

Financeiro de Vigilância em Saúde de cada Estado e respectivos municípios leva em consideração as respectivas características epidemiológicas, populacionais, territoriais e as dificuldades para a execução das ações de prevenção e controle. As Unidades Federadas foram agrupadas em quatro estratos, conforme tabela abaixo:

Quadro 6. Composição do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

Estrato TFVS	Estados	Estados/Per capita (R\$/Hab./ano)	TFVS - Estados/Área (R\$ Km2)	Incentivo Descen-tralização (R\$/Hab./ano)	Contra-partida SMS + SES (%)
1	AC/AM/AP/PA/RO/RR/TO/MA/MT	4,23	3,00	0,48	20
2	AL/BA/CE/ES/GO/MA/MG/MS/MT/PB/PE/PI/RJ/RN/SE;	2,98	2,04	0,48	30
3	PR/SP	1,88	1,20	0,48	35
4	DF/RS/SC	1,84	1,20	0,48	40

FONTE: Adaptado de "Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (Ex. TFECD): Instruções Gerais" (BRASIL(ad),2005, p.5)

Pelos valores repassados aos municípios (ver quadro 30), os municípios da região estariam no extrato 3 do TFVS, com apenas o repasse percapita/ano de R\$ 1,88, mas os valores são variados, havendo municípios que receberam em 2008 R\$ 1,84 como Nova Prata do Iguaçu, e municípios como Pinhal de São Bento que receberam R\$ 4,50 percapita/ano em 2008. Isto ocorre porque no Paraná, a Deliberação nº 158 de 4 de outubro de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite, garantiu que nenhum município receberia valor inferior a R\$ 1.000,00/mês. (PARANÁ(i), 2005, p.1).

Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA), atualmente normatizado pela Portaria GM/MS nº 1.998 de 21 de agosto de 2007, financia as ações de Vigilância Sanitária. O Mesmo está dividido em Piso Estruturante e Piso Estratégico. Para o piso estruturante o teto garante um repasse de R\$ 0,36 por habitante/ano, garantindo um teto mínimo de R\$ 600,00/mês para as ações estruturantes. Já o Piso Estratégico é calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano. (BRASIL (ab), 2007, p.46)

A área de Saúde do Trabalhador é financiada na forma de implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), conforme prevê a Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. A mesma prevê o

valor de R\$ 50.000,00 para a implantação de cada CEREST e R\$ 40.000,00 para a manutenção de CEREST's Estaduais e R\$ 30.000,00 para CEREST's regionais. (BRASIL(ae), 2005, p.78)

Sobre esta forma de financiamento da saúde do trabalhador, CONASS(b) (2007, p. 217) aponta que “Quanto à implantação da rede de serviços (Cerest) e o modelo de organização adotado, este tem sofrido algumas críticas, por privilegiar as ações assistenciais e por não favorecer a integração/interface com as demais áreas da saúde e com outros Ministérios.”

2.6.1 Vigilância Epidemiológica

No Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) se estruturou por meio da promulgação da Lei n.º 6.259 (Brasil(e), 1975). A Vigilância Epidemiológica possui ampla área de atuação. O CONASS, no livro Vigilância em Saúde, divide a ação da vigilância epidemiológica em duas grandes áreas, a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e a vigilância epidemiológica de doenças crônicas não-transmissíveis.

a) Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

CONASS(b) expõe que:

• A Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis constitui-se como importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende uma série de funções específicas, permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. (CONASS(b), 2007, p. 92)

Descreve como funções da Vigilância epidemiológica: a coleta de dados; o processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; a recomendação das medidas de controle apropriadas; a promoção das ações de controle indicadas; a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e a divulgação de informações pertinentes. (CONASS(b), p. 94)

Historicamente, a implantação da notificação compulsória é apontada como a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, a partir da qual se desencadeia o processo de informação-decisão-ação. (CONASS(b), p. 94).

Nesta área de vigilância epidemiológica são apontadas as seguintes atividades: Emergências em Saúde Pública; Núcleos Hospitalares de Epidemiologia; Programas de Prevenção e Controle de Doenças; e Programa Nacional de Imunização.

1) Emergências em saúde pública, envolvendo as respostas às doenças emergentes e reemergentes, surtos e emergência em saúde pública. Esta atividade envolve as ações relacionadas à ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes e reemergentes, que deve se realizar de maneira coordenada e articulada entre as três esferas de governo, sendo fundamental o papel das SES na articulação e assessoria junto aos municípios. Para aperfeiçoamento desta atividade foi instituído o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) que articula as necessidades de respostas rápidas às emergências epidemiológicas junto as Secretarias Estaduais de Saúde. (CONASS(b), p. 96). O Estado do Paraná também implantou um Cievs estadual. (PARANÁ(j), 2008)

2) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), tem por objetivo ampliar a detecção, notificação e investigação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e de outros agravos emergentes e reemergentes. A implantação desse subsistema está regulamentada pela Portaria SVS/MS n.º 1, de 17 de janeiro de 2005. As atividades realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia estão vinculadas às unidades de saúde componentes da Rede de Hospitais de Referência, distribuídos em quase todas as Unidades Federadas. (CONASS(b), p. 98)

3) Programas de prevenção e Controle de Doenças. Esta área é composta pelos vários programas de controle de doenças transmissíveis. Abrange também agravos como: as doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano, coqueluche, etc.); antropozoonoses e doenças transmitidas por vetores (leishmaniose, esquistossomose, leptospirose, febre amarela, raiva, etc.); as doenças de veiculação hídrica e alimentar (febre tifóide, botulismo, etc.) e de veiculação respiratória, como as meningites. São apontados os seguintes programas principais: Programa Nacional de Controle da Dengue; Programa Nacional de Controle da Malária; Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Programa Nacional de Eliminação

da Hanseníase; Programa Nacional de DST/AIDS, Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais. (CONASS(b), p. 99 a 140)

4) Programa Nacional de Imunizações (PNI). A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico, de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros. Segundo CONASS(b) (2007, p. 140) “O Programa Nacional de Imunizações foi criado em 1973 e, com os avanços obtidos, o país convive com um cenário de reduzida ocorrência de óbitos por doenças imunopreveníveis.” Considera-se atualmente vacinas de rotina:

Os idosos são imunizados contra gripe, tétano e difteria, em todos os postos do país. Aqueles hospitalizados e residentes em asilos e casas geriátricas são vacinados contra a pneumonia. As mulheres em idade fértil, entre 12 a 49 anos, recebem a dupla bacteriana, contra tétano e difteria.

As crianças menores de dois anos passaram a receber em 1999, em caráter de rotina, a vacina contra a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), uma das principais causadoras da meningite infantil.

A vacina contra a hepatite B começou a ser implantada gradativamente, por estado, a partir de 1992. Atualmente é oferecida a menores de dois anos em todo o país e a menores de 15 anos na Amazônia Legal (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Maranhão e Mato Grosso), Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal. Considera-se atualmente vacinas de rotina para crianças até 1 ano de idade BCG, VOP (Vacina Oral contra a pólio), vacina contra hepatite B, tetravalente (DTP+Hib), vacina oral contra rotavírus e Tríplice Viral. (CONASS(b) (2007, p. 142)

b)Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis, Acidentes e Violências

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis Acidentes e Violências ganha importância face às importantes mudanças na estrutura demográfica e perfil epidemiológico por que está passando o Brasil.

São determinantes dessas mudanças a queda da fecundidade, a persistência de declínio da mortalidade precoce e da mortalidade por doenças infecciosas, o incremento da expectativa de vida ao nascer e o aumento na intensidade e frequência de exposição a modos de vida pouco saudáveis, contribuindo com o aumento da ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Como consequência, a população brasileira envelhece, aumentando a proporção de idosos e reduzindo a proporção de crianças de 0-4 anos de idade, assim como o perfil de morbi-mortalidade se altera, ampliando a relevância das DCNT. (BRASIL(b), CONASS, p. 148)

CONASS(b) (2007,p. 148) aponta que “Nesse sentido, a prioridade dada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, tem sido a estruturação e a descentralização da área de vigilância de Dant (agravos e doenças crônicas não transmissíveis), atuando em três eixos”, a saber:

- i) a vigilância de DCNT e seus fatores protetores e de risco;
- ii) a vigilância de acidentes e violências;
- iii) a promoção da saúde.”

Segundo CONASS(b) (2007, p. 148), a vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e seus fatores protetores e de risco “visa à prevenção da mortalidade precoce e atenuação da carga das DCNT, com acolhimento das demandas crescentes dos idosos, necessitando, para tanto, de adequação dos modelos de vigilância, promoção e atenção à saúde”.

Vigilância de acidentes e violências: segundo CONASS(b) (2007, p. 162) “O objetivo da Vigilância de Acidentes e Violências é identificar os principais fatores associados a esses eventos e oferecer evidências para programas e políticas que objetivam a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e violências, a serem implementadas e fomentadas pelas três esferas de gestão do SUS, articuladas com os demais setores envolvidos.” A prioridade tem sido dada para ações que visam à redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito e a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz. Nessa área são desenvolvidas campanhas de prevenção de acidentes de transporte; de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito; implantação de sistema sentinela de vigilância de acidentes e violências; implantação de rede de prevenção da violência e promoção da saúde.

Promoção da saúde: Segundo CONASS(b) (2007, p. 165) “Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS tem caráter transversal e intersetorial, envolvendo diferentes setores governamentais e a sociedade.” A promoção da Saúde tem forte relação com a Atenção Primária.

Os objetivos da PNPS incluem:

- Estimular a elaboração de políticas, estratégias e ações integradas e intersetoriais que ampliem o acesso aos modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e fortaleçam as ações de prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e transmissíveis.

- Definir mecanismos e instrumentos para o monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção da saúde e a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) no Brasil.
- Fomentar e desenvolver estudos e pesquisas para a produção de conhecimentos, evidências e práticas no campo da promoção da saúde e Dant.
- Sensibilizar e qualificar gestores, profissionais e usuários de saúde quanto à promoção da saúde, vigilância e prevenção de Dant.
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- Superar a fragmentação das ações e aumentar a efetividade e eficiência das políticas específicas do setor sanitário mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador/articulador das agendas dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis. (CONASS(b), 2007, p. 165 e 166)

2.6.2 Vigilância Sanitária

A data de 28 de janeiro de 1808, quando D. João VI assinou em Salvador (BA), então capital brasileira, o ato que “abriu os portos às nações amigas” é tida como a data oficial da instalação da Vigilância Sanitária no Brasil, completado, em 2009, 201 anos de atuação oficial no Brasil. (BRASIL(j), 2008). Tida como uma das áreas de atuação mais amplas da saúde pública, a Vigilância Sanitária tem sob sua tutela e poder de polícia e regulação de 25% a mais de 50% do Produto Interno Bruto nacional, conforme os diferentes autores e pontos de vista. (BRASIL(j) e (k), 2008).

Desde a hora em que o cidadão acorda e durante todo o dia ele lida com objetos, produtos e serviços que interferem em sua saúde. O creme dental que utiliza, os produtos na mesa do café da manhã, os medicamentos que porventura consome, o material de limpeza que utiliza em sua casa, as creches e as escolas onde os filhos passam boa parte do dia, a academia de ginástica onde faz exercícios, tudo isso são exemplos de serviços ou produtos que fazem parte do dia-a-dia e que podem, em maior ou menor grau, trazer riscos à sua saúde. (CONASS(c), 2007, p. 22)

A sua organização, forma e áreas de atuação variam entre os vários entes federados. COSTA entende como abrangência da Vigilância sanitária o seguinte:

- normalização e controle de bens, da produção, do armazenamento, da circulação, do transporte, da comercialização e do consumo de produtos de interesse à saúde, e de suas matérias primas, coadjuvantes de tecnologias, equipamentos e processos;
- normalização e controle de tecnologias médicas, tanto de equipamentos como de procedimentos, dos mais rudimentares aos mais requintados, da chamada tecnologia de ponta;

- normalização e controle de serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde, presados, direta ou indiretamente, pelo Estado e pelo setor privado. Sob o título de fiscalização das condições do exercício profissional, o Estado partilha responsabilidades com entidades corporativas, às quais se atribuiu, em época mais recente, parte dessas competências;
- normalização e controle específicos de portos, aeroportos e fronteiras, de veículos, cargas e pessoas;
- normalização e controle de aspectos ambiente, do ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador. (COSTA, 2000, p. 45)

CONASS(c), (2007.p. 25) expõe que:

De acordo com o disposto na Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cabe à vigilância sanitária desenvolver um conjunto de ações relacionadas aos seguintes bens, produtos e serviços:

- alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;
- medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;
- cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;
- saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;
- conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;
- equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;
- imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;
- órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;
- radioisótopos para uso diagnóstico in vivo, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;
- cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco;
- quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação;
- serviços voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias;
- serviços de interesse da saúde, como: creches, asilos para idosos, presídios, cemitérios, salões de beleza, cantinas e refeitórios escolares, academia de ginástica, clubes, etc.;
- as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases de seus processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos. (CONASS(c), 2007.p. 24 e 25)

EDUARDO (1998, p.9) sintetiza as áreas de abrangência da Vigilância Sanitária em Bens e Serviços de Saúde e Meio Ambiente. Já CONASS(c), aponta que:

Pode-se, ainda, a partir da definição legal da vigilância sanitária, rearranjar esse conjunto, nos seguintes grandes grupos, apresentados a seguir:

- produtos: alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros de interesse da saúde;
- serviços de saúde e de interesse à saúde;
- ambientes, incluído o do trabalho; (CONASS(c), 2007.p. 25)

a) Produtos

A área de vigilância de produtos é bastante ampla e envolve produtos de natureza distinta, desde alimentos, passando por medicamentos, kits de diagnóstico laboratorial, equipamentos de saúde, entre muitos outros.

Esta área inclui: Alimentos, bebidas e água mineral; Medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos; e outros produtos

Quanto à área de alimentos possui ampla regulamentação e possui fiscalização concorrente com outras áreas governamentais.

O controle sanitário de alimentos e bebidas é competência tanto do setor da saúde como do setor da agricultura, cabendo ao primeiro o controle sanitário e o registro dos produtos alimentícios industrializados, com exceção daqueles de origem animal, e o controle das águas de consumo humano. Quanto às águas minerais, a competência é compartilhada com o setor de Minas e Energia. (CONASS(c), 2007 pg. 27)

A principal legislação sanitária na área de alimentos é o Decreto-Lei Federal n.º 986, de 21 de outubro de 1969, que institui normas básicas sobre alimentos, ainda em vigor. Este decreto define alimento como “alimento é toda substância ou mistura de substâncias, no estado sólido, líquido, pastoso ou qualquer outra forma adequada, destinada a fornecer ao organismo humano os elementos normais à sua formação, manutenção e desenvolvimento”. (CONASS(c), 2007 pg. 26)

Quanto aos medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos:

Este conjunto abrange um grande número de produtos, sua composição é extremamente diversificada em termos de materiais, substâncias ativas, processos e tecnologias. Estão submetidos à vigilância sanitária: medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, soros, vacinas, sangue e hemoderivados, correlatos – equipamentos e artigos médico-odontológicos e hospitalares destinados à atenção à saúde. Também fazem parte desse universo os cosméticos, os produtos de higiene e perfumes e os saneantes domissanitários, as embalagens e a rotulagem. Todos os estabelecimentos produtores e de comercialização e armazenamento, os meios de transporte e a propaganda estão sujeitos à vigilância sanitária. Enfim, todo o ciclo de vida destes produtos, desde antes da sua produção até o seu consumo e efeitos, são objeto da atuação da vigilância sanitária. (CONASS(c), 2007 pg. 33)

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973: que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976: que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, são as

legislações que constituem conceitos básicos relacionadas aos produtos. (CONASS(c), 2007 pg. 33).

CONASS(c) (2007) aponta também que:

(...) A Resolução RDC/ANVISA n. 185, de 22 de outubro de 2001, define produto médico como todo “produto para a saúde, tal como equipamento, aparelho, material ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo, entretanto, ser auxiliado em suas funções por tais meios”, classificando-os quanto ao seu grau de risco. (CONASS(c), 2007, p. 33 e 34)

Nessa área há milhares de normas, decretos, leis específicas que tratam sobre diferentes aspectos dos produtos sujeitos a controle sanitário. A base desse conjunto normativo está assentada sobre o binômio segurança e eficácia, que deve orientar as decisões na área da regulação sanitária.

Um novo campo de ação na vigilância de produtos é a farmacovigilância,

A farmacovigilância preocupa-se com a descoberta, avaliação e prevenção de reações adversas¹¹ a medicamentos. Os seus principais objetos de atenção são:

- identificação precoce de reações adversas e interações desconhecidas até o momento;
- identificação do aumento na frequência de reações adversas conhecidas;
- identificação de fatores de risco e possíveis mecanismos subjacentes às reações adversas;
- estimativa de aspectos quantitativos da análise benefício/risco e disseminação de informações necessárias para aprimorar a prescrição e regulação de medicamentos. (CONASS(c), 2007, p. 39)

É importante destacar que outros produtos de interesse da saúde, além de alimentos e medicamentos, também têm sido objeto de preocupação. A Anvisa conta com um núcleo dedicado às atividades de pós-comercialização ou uso dos produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Está sob sua responsabilidade a coordenação e implantação do Sistema Nacional de Notificação em Vigilância Sanitária, que tem por objetivo receber notificações de eventos adversos e queixas técnicas decorrentes de produtos e serviços para a saúde, monitorar, analisar e investigar essas notificações para a adoção de medidas com a finalidade de impedir ou diminuir o dano. (CONASS(c), 2007, p. 39)

Nesse sentido a ANVISA implantou a rede de Hospitais Sentinelas, e ações de cosmetovigilância, tecnovigilância e hemovigilância estão sendo desenvolvidas.

Para outros produtos de interesse à saúde, CONASS aponta também que:

Existem ainda outros produtos, que compõem um conjunto bastante heterogêneo, são chamados, genericamente, de “correlatos”. De acordo com a Lei n.º 5.991/73, são equipamentos e materiais de saúde, aparelhos,

materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, afins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários. (CONASS(c), 2007 pg. 40)

(...)

Quanto aos agrotóxicos, o seu controle sanitário é de competência concorrente entre os Ministérios da Saúde, da Agricultura e do Meio Ambiente, sendo necessária a integração dos setores para que não haja superposição ou vazio de ações e diretrizes.

(...) Os produtos de uso veterinário, no Brasil, são de competência do Ministério da Agricultura. (CONASS(c), 2007, p. 41)

b) Serviços de Saúde e de interesse à saúde

Compõem estabelecimentos de saúde, hospitais, unidades de saúde, bancos de sangue, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, laboratórios de saúde, centros de apoio, clínicas, e consultórios dos mais variados profissionais de Saúde, entre muitos outros tipos de estabelecimentos. (CONASS(c), 2007, pg. 46)

Os serviços de saúde são considerados organizações de extrema complexidade por realizarem uma série bastante heterogênea de processos de trabalho e por envolverem inúmeros recursos, sendo o trabalhador considerado como seu recurso crítico. Outro elemento que contribui para sua complexidade e, por conseguinte, para as ações da vigilância sanitária, é a imbricação dos riscos que ocorre nesse espaço. Riscos relacionados ao consumo de produtos e tecnologias (riscos iatrogênicos), à qualidade da água, aos resíduos gerados ou a presença de vetores (riscos ambientais), às condições e ambiente de trabalho (riscos ocupacionais); aos recursos disponíveis, às condições físicas, higiênicas e sanitárias do serviço (riscos institucionais). Pode-se dizer, ainda, que os serviços de saúde vão requerer uma ação incisiva e necessariamente de cunho multidisciplinar por parte da vigilância sanitária, pois incorporam a quase totalidade dos objetos sob sua responsabilidade – medicamentos, alimentos, equipamentos, insumos de diversas naturezas, sangue, produtos para limpeza, etc. (CONASS(c), 2007 pg. 46)

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), aponta a existência de mais de 196 mil estabelecimentos cadastrado (BRASIL(av), 2009). CONASS (2007, p. 45) expõe que “A rede de serviços de saúde é bastante extensa e composta por unidades que variam em grau de complexidade, em função tanto dos arranjos tecnológicos quanto de seu tamanho e variedade de procedimentos que executa (...)”

CONASS (2007, p. 42) aponta também que:

A vigilância sanitária de serviços de saúde e de interesse da saúde tem como objetivos verificar e promover a adesão às normas e aos regulamentos técnicos vigentes, avaliar as condições de funcionamento e

identificar os riscos e os danos à saúde dos pacientes, dos trabalhadores e ao meio ambiente. (...) Sua ação deve ser capaz de impedir a transmissão de doenças, reduzir a ocorrência de danos e a morbi-mortalidade institucional. (CONASS(c), 2007, p. 42)

Apesar da área de vigilância sanitária de serviços de saúde no Brasil já ter sido objeto de atenção, pelo menos desde 1932, pois o Decreto n. 20.931/32 determinava que todos os estabelecimentos de saúde deveriam ter licença sanitária, precedida de inspeção para sua concessão, foi somente nos anos 1980 que esse serviço de saúde pública começou a ganhar corpo. (CONASS(c), 2007, p. 43)

Foi em função de um conjunto de acontecimentos, tais como o surgimento da AIDS, o acometimento expressivo de hemofílicos e o acidente radioativo com Césio em Goiânia, que a estruturação da vigilância de serviços de saúde ganhou impulso, com forte ênfase na área de hemoterapia. (CONASS(c), 2007, p. 44)

Quanto aos serviços de interesse à saúde, CONASS aponta que:

Os serviços de interesse da saúde são estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde. A responsabilidade por estes serviços pode ser exercida por distintos profissionais, não necessariamente da área da saúde. O universo desse segmento é imenso e compreende creches, funerárias, salões de beleza, hotéis/motéis, saunas, etc. Existe, ainda, um conjunto de serviços de apoio técnico e logístico tais como as centrais de processamento de artigos (CME), serviços de nutrição e dietética, lavanderias, transporte de pacientes, ortóptica, entre outros.
(...)

Os municípios tem um papel relevante sobre esse segmento, pois estes são serviços quase sempre consumidos por seus próprios munícipes, fazem parte do cotidiano de uma determinada localidade. Aos serviços estaduais de vigilância sanitária cabe complementar essa ação quando necessário, capacitar recursos humanos e disponibilizar instrumentos tais como roteiros de inspeção. (CONASS(c), 2007 pg. 47 e 48)

c) Vigilância sanitária do meio ambiente e ambientes de trabalho

Trata-se de uma área igualmente complexa e com interface com a Saúde do Trabalhador. Não há um financiamento federal claro e direto para esta área aos municípios.

O CONASS aponta que:

Embora essa área não tenha sido incorporada pela Anvisa, conforme o disposto na Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Anvisa, nas outras duas esferas de governo têm sido frequentes as tentativas de incorporar a área aos órgãos de vigilância sanitária. Assim, alguns órgãos estaduais de vigilância sanitária agregam a área de meio ambiente e ambientes de trabalho. Essa situação é mais comum no âmbito dos municípios, muitas vezes por

necessidade de otimizar seus recursos e promover a integração das intervenções. Questões como a poluição do ar, da água, dos solos, os desastres provocados por produtos perigosos são constantemente objeto de intervenção da vigilância sanitária.

A complexidade destas questões desafia o Sistema Único de Saúde (SUS) que precisa desenvolver um conjunto de ações capaz de proteger o meio ambiente de ações predatórias e promover um ambiente saudável para todos, assumindo um compromisso com as gerações futuras.

As ações de inspeção sanitária desenvolvidas pelos órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária, em todas as áreas em que atuam, têm sistematicamente incluído aspectos relativos à saúde do trabalhador, observando suas condições de trabalho e a exposição aos riscos no ambiente de trabalho. No entanto, a integração com essas áreas, de ambiente e de saúde do trabalhador, necessita ser fortalecida para qualificar mais as ações de vigilância sanitária e torná-las mais efetivas. (CONASS(c), 2007 pg. 49 e 50)

2.6.3 Vigilância Ambiental em Saúde

CONASS(b) (2007.p. 170) “A vigilância ambiental busca a identificação de situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar doenças, incapacidades e mortes com o objetivo de se adotar ou recomendar medidas para a remoção ou redução da exposição a essas situações de risco”.

As principais áreas de atuação da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) são: Vigilância da Qualidade da água para consumo Humano (Vigiagua); Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo contaminado (Vigisolo); Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar (Vigiar); Vigilância Ambiental em Saúde relacionada às substâncias químicas (Vigiquim).

Quanto a Vigilância da Qualidade da água para consumo Humano (Vigiagua), trata-se da área de vigilância ambiental com maior inserção e descentralização. CONASS expõe que:

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da água para Consumo Humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água consumida representa para a saúde humana (Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004). Merecem destaque as seguintes atribuições do Vigiagua e que devem ser executadas e/ou coordenadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no âmbito estadual:

- Estruturar a área de vigilância em saúde ambiental, bem como estabelecer as referências laboratoriais municipais para atender às ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, conforme preconiza a Portaria GM/MS n. 518/2004.

- Acompanhar o cadastramento, pelos municípios, dos sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas coletivas e soluções alternativas individuais.
- Acompanhar e supervisionar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano pela vigilância ambiental em saúde, realizado pelos municípios, por meio de análises físico-químicas (cloro residual, turbidez, fluoreto), bacteriológicas, mercúrio e agrotóxico.
- Receber e analisar os relatórios de controle da qualidade da água para sistemas de abastecimento de água e soluções alternativas coletivas, enviadas pelos prestadores de serviços de abastecimento de água.
- Alimentar o Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), com dados de cadastro, controle e vigilância.
- Avaliar os sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas coletivas e soluções alternativas individuais, a partir das informações que constam no Sisagua, além de outras fontes de informação pertinentes, sob a perspectiva do risco à saúde.
- Acompanhar surtos de doenças de transmissão hídrica em articulação com as demais áreas envolvidas, sendo imprescindível para isso, a articulação da área de Vigilância das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). (CONASS(a), 2007 pg. 172 e 173)

Quanto a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo contaminado (Vigisolo), CONASS comenta que:

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo) compete recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde decorrentes da contaminação por substâncias químicas no solo. Dentre os objetivos específicos do Vigisolo, cabe as Secretarias Estaduais de Saúde as seguintes atividades:

- Identificar e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado.
- Coordenar e estimular ações intra-setoriais entre as áreas de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, atenção básica e laboratórios públicos, entre outras.
- Realizar articulação com os órgãos ambientais, entre outros, no controle e fiscalização de atividades ou empreendimentos causadores ou potencialmente causadores de degradação ambiental, com vistas à prevenção e controle da contaminação de solos.
- Implementar metodologia de avaliação de risco a saúde humana.
- Alimentar sistema de informação de vigilância em saúde de populações expostas a áreas com solo contaminado. Esse sistema de informação é disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
- Informar a sociedade sobre os riscos decorrentes da exposição humana a solo contaminado. (CONASS(b), 2007 pg. 174 e 175)

Quanto a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar (Vigiar), CONASS explicita que

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar tem por objetivo promover a saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos (proveniente de fontes fixas, de

fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa ou de incêndios florestais), contemplando estratégias de ações intersetoriais.

Os objetivos específicos consistem em:

- Identificar os efeitos agudos e crônicos decorrentes da contaminação do ar.
- Avaliar os efeitos da poluição atmosférica sobre a saúde das populações expostas.
- Vigiar as tendências dos indicadores de qualidade do ar e saúde.
- Avaliar o risco à saúde decorrente da poluição atmosférica.
- Desenvolver (subsidiar/demandar) ações de controle em conjunto com os demais setores envolvidos.
- Fornecer elementos para orientar as políticas nacionais e locais de proteção da saúde da população frente aos riscos decorrentes da poluição atmosférica. (CONASS(b), 2007 pg. 177)

Quanto a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada às substâncias químicas (Vigiquim), CONASS expõe que:

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada às Substâncias Químicas tem como objetivo central à identificação, a caracterização e o monitoramento das populações expostas às substâncias químicas, de interesse à saúde pública. Foram selecionadas cinco substâncias, classificadas como prioritárias, devido aos riscos à população. São elas: asbesto/amianto, benzeno, agrotóxicos, mercúrio e chumbo. Dentre os grupos de risco prioritários, expostos a estes contaminantes, destacam-se os trabalhadores e as comunidades que residem no entorno de áreas industriais. A forma de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada às substâncias químicas está centrada em três eixos:

- A vigilância do risco, com a caracterização das substâncias químicas perigosas e o monitoramento de sua presença no ar, no solo nas águas e na cadeia alimentar.
- A vigilância da população exposta, através de monitoramento epidemiológico e avaliação da intensidade e duração da exposição humana às substâncias químicas perigosas;
- A vigilância dos efeitos, através da investigação da ocorrência de agravos sobre a saúde humana e do acompanhamento da população exposta a curto e a longo prazo. (CONASS(b), 2007 pg. 178 e 179)

Nesta área, o Paraná, desenvolve atividades relacionadas ao chumbo e agrotóxicos.

Também são campos de trabalho da Vigilância Ambiental em Saúde a Vigilância relacionada a Fatores Físicos (Vigifis) que atua sobre exposições humanas a radiações eletromagnéticas não ionizantes-RNI e ionizantes-RI (CONASS(b), 2007 pg. 181); a Vigilância dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais (Vigidesastres): tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações continuadas para reduzir a exposição da população aos riscos de desastres com ênfase nos desastres naturais, inundações, deslizamentos, secas e incêndios

florestais, assim como a redução das doenças e agravos decorrentes dos mesmos. (CONASS(b), 2007 pg. 183);

No Paraná, na área de vigilância ambiental da saúde estão incluídas as atividades relacionadas às doenças transmitidas por vetores, e a vigilância de zoonoses e intoxicações.

2.6.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A área de Saúde do Trabalhador é conhecida pela sua característica intersetorial e transversal, pois envolve a ação de vários órgãos governamentais, além da saúde, e dentro dos órgãos de saúde, permeia a todas as áreas. CONASS(b), (2007, p. 221 e 222) entende como objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador:

- a) conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:
 - a1 a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;
 - a2 – o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;
 - a3 – a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;
 - a4 – a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;
- b) intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:
 - b1 – a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;
 - b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza não previsto normativamente;
- c) avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:
 - c1 - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;
 - c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;
- d) subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, considerando:
 - d1 - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;
 - d2 - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;
 - d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;
 - d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e) estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1 - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

Para o financiamento dos Centros de Referência Saúde do Trabalhador (Cerest), os recursos federais disponibilizados são oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). Não existe financiamento específico para ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e nem para a Visat. (CONASS(b), 2007, p. 221 e 222)

2.6.5 Vigilância Nutricional

Apesar das ações de Vigilância Nutricional, parte da Vigilância Alimentar, se encontrarem no campo de atuação da atenção básica, a política nacional de alimentação e nutrição aponta que suas ações têm forte caráter intersectorial, com interface no campo das vigilâncias, especialmente a vigilância sanitária. (BRASIL(af), 2005)

A política nacional de alimentação e nutrição (PNAN¹), define:

Vigilância alimentar e nutricional - Consiste na coleta e na análise de informações sobre a situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades, com o propósito de fundamentar medidas destinadas a prevenir ou corrigir problemas detectados ou potenciais. É um requisito essencial para justificar, racionalmente, programas de alimentação e nutrição. (Brasil(af), 2005, p.45)

Vigilância nutricional - Parte da vigilância alimentar e nutricional, tratando, como enfoque principal, o estado de nutrição dos grupos biológicos (crianças, gestantes) e sociais (baixa renda) mais expostos aos problemas da nutrição. Pode incluir, também, situações opostas (homens e mulheres adultos e velhos com sobrepeso, obesidade e suas consequências). (Brasil(af), 2005, p.46)

No PNAN, aprovado pela Portaria GM/MS nº 710, de 10 de junho de 1999, aponta para sete diretrizes programáticas, que tem como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

1. Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos.
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais.
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. (BRASIL(af), 2005, p. 7)

2.6.6 Sistemas de informações da Vigilância em Saúde

A informação é ferramenta básica na área de Vigilância em Saúde, em seu sentido amplo. Para isso, os órgãos de Vigilância em Saúde utilizam uma série de sistemas informatizados, presentes nas varias áreas da Vigilância em Saúde. Estes sistemas possibilitam, em maior ou menor grau, a agilidade na obtenção de dados imprescindíveis para a decisão dos gestores de saúde.

O CONASS, no livro Vigilância em Saúde, expressa o seguinte sobre os sistemas de informação:

Uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a vigilância em saúde é a informação. A tríade “informação-decisão-ação” sintetiza a dinâmica das atividades da vigilância epidemiológica. A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Para tanto é fundamental que essas informações/dados disponíveis tenham qualidade e retratem de forma fidedigna a situação de saúde nos diversos estados e municípios brasileiros. Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são características que determinam a qualidade da informação.

Há diversos conceitos sobre sistemas de informação. Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) integra as estruturas organizacionais dos sistemas de saúde. É constituído por vários subsistemas e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações. (CONASS (b) 2007, p. 232e 233)

a) Sistemas de informação na Vigilância Epidemiológica.

Os principais sistemas de informação na área de Vigilância Epidemiológica são: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI/PNI); FAD – Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue, Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), entre outros.

Quanto ao SIM, CONASEMS (2009) expõe que:

Implantado em 1977, entrou em vigor nacionalmente em 1979, permite a obtenção regular de dados sobre mortalidade. O documento básico é a Declaração de Óbito (DO). A codificação da causa básica do óbito depende do conhecimento de um especialista e, para apoiar esse processo, foi desenvolvido o Sistema de Seleção de Causa Básica (SCB). (CONASEMS(a), 2009, p 462)

Quanto ao Sinasc, CONASEMS (2009) expõe que:

Implantado oficialmente a partir de 1990, foi desenvolvido à semelhança do Sistema de Mortalidade (SIM) com o objetivo de coletar dados sobre nascimentos, em todo território nacional, e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o País. (CONASEMS(a), 2009, p. 462)

Quanto ao Sinan, CONASEMS (2009) expõe que:

O sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Esse sistema possibilita uma análise global e integrada de todos os agravos definidos para desencadear as medidas de controle. O Sinan é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Instituído em 1996, tem por objetivo dotar municípios e estados de uma infra-estrutura tecnológica básica para a transferência de dados dentro de sistema de informação em saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) trabalha para a promoção e a disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do País, subsidiando a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e de controle de doenças e agravos, bem como a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde. (CONASEMS(a), 2009, p. 460)

Quanto ao SI/PNI, CONASEMS(a) (2009) expõe que:

Visa a contribuir para o controle, a eliminação e/ou a erradicação das doenças transmissíveis. O objetivo principal do Programa é oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso País, buscando alcançar coberturas vacinais de 100%, de forma homogênea, em cada município e em cada bairro. (CONASEMS(a), 2009, p 461)

Quanto ao (sis) FAD, CONASEMS (2009) expõe que:

O Sisfad é um sistema que permite a informatização dos dados referentes às atividades de controle do vetor da dengue do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) está implantado desde 1997 e encontra-se descentralizado nas 27 Unidades Federadas exceto nos estados de Minas Gerais e São Paulo que possuem sistemas próprios compatíveis com o sistema nacional. (CONASS(b), 2007, p. 249)

Quanto ao SINITOX, FIOCRUZ expo na página de internet do programa que:

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX - foi constituído em 1980, pelo Ministério da Saúde, a partir da constatação entre as prioridades do governo, da necessidade de se criar um sistema abrangente de informação e documentação em Toxicologia e Farmacologia de alcance nacional, capaz de fornecer informações sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes em nosso meio, às autoridades de saúde pública, aos profissionais de saúde e áreas afins e à população em geral. (BRASIL(ag), 2006)

Há outros Sistemas da área de Vigilância em Saúde como o Sivep-Malária - Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária, entre outros. Apesar de não serem especificamente programas da área de Vigilância em Saúde, alguns sistemas da área de atenção básica/primária e de gestão de serviços de saúde, também representam importante fonte de dados epidemiológicos, especialmente para os agravos de saúde, como o SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial, o SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar, o SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, SISMAMA - Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama, SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica, entre outros

b) Sistemas de informação na área de Vigilância Ambiental em Saúde.

Os principais sistemas de informação na área de Vigilância Ambiental em Saúde são: Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), principal sistema do programa VIGIAGUA, destina-se a coletar e disponibilizar informações sobre os sistemas e soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água, para tomada de decisão nas três

esferas de gestão do SUS. (CONASS(b), 2007, p. 173); Sistema de Informação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo), relacionado ao programa VIGISOLO, destina-se a arquivar o conjunto de informações levantadas, continuamente e armazenado no mesmo. (CONASS(b), 2007, p. 176)

É importante ressaltar que alguns sistemas da vigilância epidemiológica são geridos, especialmente no Estado do Paraná, pela área de Vigilância Ambiental em Saúde, como, o (sis) FAD.

c) Sistemas de informação na área de Vigilância Sanitária.

Durante as discussões para a elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária Mem 2006, foi confirmada a urgência em responder à demanda pela definição de um sistema de informações para a vigilância sanitária que subsidie o processo de gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A ausência de um sistema de informações de abrangência nacional tem sido um dos elementos que dificultam a definição de prioridades, o monitoramento e avaliação do impacto das ações, além de retardar a construção de indicadores e parâmetros em vigilância sanitária. Esse Sistema de Informações deve ser de base nacional, que integre informações necessárias às esferas municipais, estaduais e federal, para o desenvolvimento de processos avaliativos e para a tomada de decisão, bem como para definição de mecanismos e critérios compartilhados de financiamento para a área. Esse sistema deve possuir, ainda, atributos como agilidade, visibilidade e expressar os indicadores para a avaliação de estrutura, de processos e de resultados no âmbito da vigilância sanitária, contemplando:

- A coleta, o processamento, a consolidação e análise sistemática de informações pertinentes as atividades de fiscalização e controle de produção, armazenamento e distribuição, comercialização e consumo de produtos e serviços de interesse a saúde individual e coletiva.
- O monitoramento de riscos a saúde a partir das informações disponíveis.
- O planejamento e avaliação do impacto das ações de VISA na manutenção e melhoria da qualidade de vida.
- A democratização da informação com livre acesso a todos os participantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em particular, e a toda sociedade civil em geral.
- Garantia do direito individual e coletivo ao acesso ao Sistema de informação sobre Vigilância em saúde para o desenvolvimento de ações com efetiva participação do cidadão.

(CONASS(c), 2007, p. 113)

No âmbito da ANVISA, os principais sistemas são o Datavisa, o Notivisa, o SNGPC, e o Sinavisa entre vários outros.

Quanto ao Datavisa: CONASS(c), (2007, p.113) “sistema de informações de caráter gerencial interno, que abrange as áreas de registro, certificação, autorização

de funcionamento e trâmite de documentos, entretanto, as vigilâncias sanitárias dos estados e municípios não têm acesso a esse sistema.”

Quanto ao Notivisa: CONASS(c), (2007, p. 113) “esse sistema foi desenvolvido para coletar, processar e consolidar informações pertinentes às notificações de eventos adversas e queixas técnicas relativas a produtos, uma das etapas do monitoramento pós-mercado. Trata-se de um sistema acessível às vigilâncias sanitárias das três esferas de governo, bem como aos órgãos notificadores”.

Quanto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC): O SNGPC foi implantado através da Resolução RDC nº 27, de 30 de março de 2007.

Art. 1º Fica instituído o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, constituído por instrumentos informatizados de captura e tratamento de dados, disponibilizados via internet, sobre produção, circulação, comércio e uso de substâncias ou medicamentos sujeitos a controle especial. (BRASIL(p), 2007, p.62)

Dos Objetivos do Sistema

Art. 2º São objetivos do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC:

I - aprimorar as ações de vigilância sanitária com vistas ao aperfeiçoamento do controle e fiscalização das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo órgão ou entidade competente do Poder Executivo da União;

II - obter dados e informações, em seus diversos detalhamentos, acerca do comércio e uso de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial para subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde e fortalecer a atuação estratégica das ações de fiscalização e controle no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em busca de maior agilidade e resolutividade na solução dos problemas sanitários;

III - disponibilizar dados e informações capazes de contribuir para a execução das ações de vigilância sanitária dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em busca do fortalecimento da descentralização e da promoção do uso racional de medicamentos sujeitos a controle especial no país; e

IV - otimizar as ações de controle sobre os procedimentos de escrituração em drogarias e farmácias, relacionados com a movimentação de substâncias ou medicamentos sujeitos a controle especial, de modo a contribuir para maior disponibilidade do responsável técnico do estabelecimento para as atividades voltadas para a atenção farmacêutica, em busca da qualificação da assistência farmacêutica no país.

Seção III (BRASIL(p), 2007, p.62)

Quanto ao SINAVISA, Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária: CONASS(c), (2007, p. 113 e 114) aponta que

(Sinavisa) que vem sendo utilizado por vinte e três estados. Encontra-se em fase experimental, funcionando em estágios distintos e, ainda apresenta problemas de integração nacional. Os módulos em funcionamento são os seguintes:

- Cadastro de estabelecimentos e de profissionais liberais.
- Estatística, contendo o banco de dados relativos à produção das Visa municipais, regionais e estaduais.
- Farmácia, que realiza o controle de psicotrópicos e entorpecentes.
- Controle de documentos técnicos emitidos.
- Recursos Humanos, que contempla a administração de pessoal e processos de capacitação.
- Controle dos estabelecimentos e fontes de radiação ionizante.
- Gestão do sistema de acolhimento e resposta às denúncias.
- Emissão de relatórios. (CONASS(c), 2007, p. 113 e 114)

Outros sistemas da Vigilância Sanitária: Grande parte dos municípios brasileiros utiliza sistemas próprios para cadastro de estabelecimentos e procedimentos de Vigilância Sanitária, como a emissão de licença sanitária entre outras operações e registros. Na ANVISA há uma série de programas para cadastros diversos, controle de documentos, especialmente os relacionados à autorização de funcionamento, cadastros de inspetores. Também esta em implantação sistema que realizará a rastreabilidade dos medicamentos desde o fabricante até o consumidor final.

d) Sistemas de informação na área de Vigilância Alimentar e Nutricional.

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional:

Sistema de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população por meio da coleta, do processamento e da análise de dados antropométricos. Notas: 1) É instrumento de apoio para o diagnóstico da situação nutricional (prevalência de desnutrição e obesidade), sendo fundamental para subsidiar e estruturar efetivamente as ações de promoção de saúde. 2) Atualmente, é uma das ações que o município tem de oferecer às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, pois o cumprimento da agenda do setor Saúde é monitorado por meio desse sistema. (CONASEMS(a), 2009, p 356)

2.6.7 Sistema de Laboratórios de Saúde Pública

O apoio laboratorial é fundamental para as ações relacionadas à Vigilância em Saúde. No Brasil, o mesmo está formatado na forma de Sistema, a rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Quanto à organização desse sistema, CONASS(b), 2007 expõe que:

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), organizado por meio da Portaria GM/MS n. 2.031, de 23 de setembro de 2004 (Anexo 1), é um

conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizados em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica. O Sislab é constituído por quatro redes nacionais de laboratórios: Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica, Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental, Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária e Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade.

A Secretaria de Vigilância em Saúde é a gestora das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância em Saúde Ambiental. As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica executam principalmente as seguintes atividades: diagnóstico de doenças de notificação compulsória; vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis; monitoramento de resistência antimicrobiana e a definição da padronização dos kits diagnósticos a serem utilizados na rede.

As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental apóiam a vigilância da qualidade da água para consumo humano; vigilância da qualidade do ar; vigilância da qualidade do solo e vigilância de fatores ambientais físicos e químicos.

As sub-redes são estruturadas, sendo observadas as suas especificidades, de acordo com a seguinte classificação de unidades laboratoriais:

I Centros colaboradores.

II – Laboratórios de Referência Nacional.

III – Laboratórios de Referência Regional.

IV – Laboratórios de Referência Estadual.

V – Laboratórios de Referência Municipal.

VI – Laboratórios locais.

VII – Laboratórios de fronteira. (CONASS(b), 2007, p. 258 e259)

No Paraná, o Laboratório Central do Estado, órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, é o coordenador estadual da Rede de Laboratórios de Saúde Pública, designada como REDLAB.

A rede de laboratórios de saúde é composta de laboratórios públicos e privados, que realizam análises de interesse em saúde pública, especialmente os de interesse da vigilância epidemiológica.

Conforme PILONETO(a) (2007, p. 8-17), a REDLAB do Estado do Paraná está estruturada da seguinte forma:

a) Laboratório de Referência Estadual (LRE).

O Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR), sediado em Curitiba, é o laboratório de Referência Estadual.

b) Laboratórios de Referência Macro Regional, conforme quadro 7 abaixo:

Quadro 7. Laboratórios de Referência no Paraná

SUB-REDES	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	LABORATÓRIOS	CIDADE
LRE	Estado do Paraná	LACEN/PR	Curitiba

Quadro 7. Laboratórios de Referência no Paraná

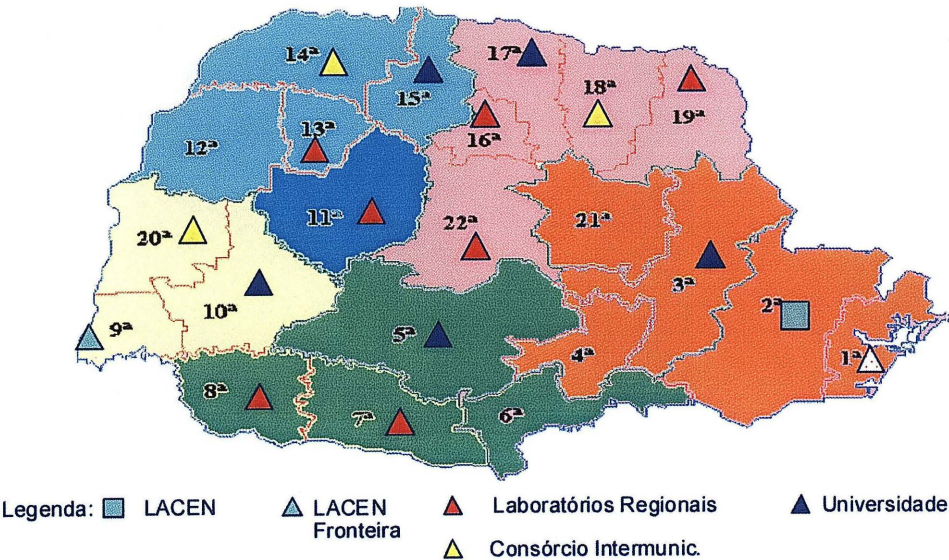
SUB-REDES	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	LABORATÓRIOS	CIDADE
LRE	Estado do Paraná	LACEN/PR	Curitiba
LRMR	Norte	Laboratório HURNP/UEL	Londrina
	Noroeste	LEPAC/UEM	Maringá
	Oeste e Sudoeste	LACEN/Fronteira	Foz do Iguaçu
	Campos Gerais	Laboratório Munic. Dr. Alfredo Berger	Ponta Grossa

Fonte: (PILONETTO(a), 2007, p. 8)

c) Sub-Redes

No estado do Paraná estão estabelecidas as seguintes sub-redes: 1) Sub-rede da Dengue, composto pelo LACEN/PR, Laboratórios da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Maringá (UEM) e LACEN Fronteira, este sediado em Foz do Iguaçu; 2) Sub-rede CD4/CD8 e Carga Viral, composto por 13 laboratórios distribuídos no Estado do Paraná; Sub-rede Hepatite B/CTA, composto por 20 laboratórios distribuídos no Estado do Paraná; 3) Sub-rede HIV/ELISA, composto por 31 laboratórios distribuídos no Estado do Paraná; 4) Sub-rede de Laboratórios de Controle de Qualidade em Baciloscopia, composto por 115 laboratórios distribuídos no Estado do Paraná; 5) Sub-rede de Laboratórios de Vigilância Ambiental, o qual tem como principal referência o Laboratório Central do Estado, que realiza a maioria das análises nesta área. Destaca-se a experiência da rede AGUALAB, de laboratórios para controle de água de consumo humano, composto por 18 laboratórios, sendo 5 de referência macro-regional, conforme fig.06.

Fig. 6. Sub-Rede AGUALAB



Fonte: (PILONETTO(b), 2007, p. 7)

Na área de Vigilância Sanitária, existe a rede de laboratórios analíticos de saúde, que oficialmente são definidos pela Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973 como laboratórios oficiais:

Art. 4º Para efeitos desta Lei, são adotados os seguintes conceitos:

(...)

VI - Laboratório oficial - o laboratório do Ministério da Saúde ou congênere da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, com competência delegada através de convênio ou credenciamento, destinado à análise de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos; (BRASIL, (d), 1973, p. 13049)

Quanto ao suporte laboratorial na vigilância sanitária, CONASS(c) expõe que:

Suporte laboratorial – nem todos os estados contam com laboratórios centrais bem equipados, e praticamente todos enfrentam sérios problemas com a falta de padrões, de métodos analíticos, de equipamentos e de pessoal qualificado. Isso impede a realização de análises que poderiam ser resolvidas no âmbito do Estado, como aquelas necessárias para controle de medicamentos, sobrecarregando o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). (CONASS(c), 2007, p. 87)

O laboratório é parte integrante da estrutura de vigilância sanitária e instrumento imprescindível para o controle sanitário de produtos para a saúde. Atua na produção da base científica e tecnológica, por meio das análises fiscais e de controle de qualidade que realiza, para a avaliação de conformidade de produtos e é fundamental para a análise e gerenciamento de risco.

Para assegurar a precisão e confiabilidade de seus laudos analíticos, muitas vezes essenciais às ações de vigilância sanitária, é necessária uma estrutura laboratorial com equipamentos modernos, metodologias analíticas validadas, procedimentos operacionais, padrões de referência e pessoal técnico capacitado. Assim, é imperativo que sejam feitos investimentos e que se garanta um financiamento compatível com as atividades que desenvolve.

(...)

No âmbito nacional o órgão que cumpre essa função é o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e, nos estados, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública. As atividades finalísticas do INCQS são agrupadas em quatro macroprocessos: Analítico, de Desenvolvimento Tecnológico, Cooperação Técnica e Ensino em Saúde. (CONASS(c), 2007, p. 102)

No Paraná, o Laboratório Central do Paraná (LACEN/PR) é o Laboratório Oficial integrante da Rede Nacional de Laboratórios Analíticos de Saúde Pública. O mesmo realiza análise dos seguintes produtos: Água de Consumo e Ambiental; Alimentos e Água Mineral; Medicamentos; Saneantes; Sangue e Hemoderivados; Surtos de Toxinfecção. (BRASIL(l), 2009)

2.7. ASPECTOS CONCEITUAIS DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Neste ponto se buscará estabelecer os principais conceitos e definições teóricas e legais relacionados às várias áreas da Vigilância em Saúde.

A citação mais utilizada para definir o conceito de Vigilância em Saúde é o dado por LANGMUIR:

A vigilância pode ser definida como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1963 apud CONASS(a), 2007, p. 19 e WALDMAN, 1998, p. 91).

O Ministério da Saúde apresenta o seguinte conceito de Vigilância em Saúde:

A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica. (CONASEMS(a), 2009, p. 389)

A conceituação de Vigilância Sanitária se reporta a definição contida no artigo 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, descrito no item 2.2 da presente trabalho. (COSTA & ROSENFELD, 2000, p. 15 e, CONASS(c), 2007, p. 23)

ALMEIDA FILHO(b), (2000, p. 2) expressa que:

O exame deste esquema quase cartográfico do campo da Saúde Coletiva propicia elementos de análise que permitem posicionar o conjunto organizado de práticas da Vigilância Sanitária no contexto do campo de práticas da Promoção da Saúde (CPS-PrS). As práticas que compõem o campo da Promoção da Saúde podem ser agrupadas em três grupos:

- a) Prevenção de Riscos ou Danos. (...)
- b) Proteção da Saúde. (...)
- c) Promoção da Saúde (em sentido restrito).(...) (ALMEIDA FILHO(b), 2000, p. 2)

Um ponto importante a ser considerado em vigilância sanitária é o conceito de risco à saúde. Na definição de Costa (2000):

(...) risco é a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos relacionados a objetos submetidos a controle sanitário. (...) A legislação mais recente procura utilizá-lo na forma de expressões mais precisas, tais como fatores de risco, grau de risco, potencial de riscos, grupos de risco, gerenciamento de risco e risco potencial. (COSTA, 2000, p. 46)

O CONASS aponta para o gerenciamento de risco entendendo como:

O gerenciamento de risco é entendido como um processo que abrange a identificação de pontos críticos de controle, a avaliação de riscos, e a adoção de medidas de controle que objetivam sua prevenção tanto em caráter individual quanto coletivo. A avaliação do risco deve ter como pressuposto uma base científica que estabeleça as relações de causa e efeito. Em vigilância sanitária o princípio da precaução vem sendo aplicado quando uma atividade representa ameaças de danos ao meio-ambiente ou à saúde humana, medidas de precaução devem ser tomadas, mesmo se algumas relações de causa e efeito não forem plenamente estabelecidas cientificamente.

Os principais elementos desse princípio são:

- a precaução diante de incertezas científicas;
- a exploração de alternativas às ações potencialmente prejudiciais;
- a transferência do ônus da prova aos proponentes de uma atividade e não às vítimas ou vítimas em potencial daquela atividade;
- o uso de processos democráticos na adesão e observação do princípio, inclusive o direito público ao consentimento informado.

(CONASS(c), 2007 p. 74 e 75)

Outro ponto importante é a complexidade das ações na área de saúde como um todo e especificamente na Vigilância em Saúde. KISIL (1998, p. 38) aponta que “ A estrutura organizacional pode ser analisada em suas diferentes dimensões, tais como: complexidade, formalização, centralização e coordenação.” Já CARVALHO e EDUARDO, e CONASS apontam sobre complexidade que:

A complexidade da prestação de serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa pelas próprias características de seu objeto:

- primeiro, porque saúde-doença não é um produto ou mercadoria comum tal como ocorre em outros setores. A medicina é uma prática orientada para o consumo individual e coletivo e requer a adequação do saber às necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos seres humanos, na forma em que são percebidas e julgadas por estes e não apenas pelas autoridades científicas;
- segundo, porque o consumo do cuidado de saúde se dá no momento do ato da produção;
- terceiro, porque a meta do cuidado de saúde é melhorar a saúde. Assim, o impacto de cada ato dependerá de sua capacidade de intervenção, isto é, da forma como afetará a vida de cada um;
- quarto, porque as relações econômicas de compra e venda, ou oferta/consumo, estão respaldadas por relações jurídicas de garantia de qualidade que conferem direitos ao consumidor e garantem seu status de cidadão;
- quinto, porque cada vez mais os usuários dos serviços de saúde envolvem-se nas questões de medicina e saúde, seja através de denúncias sobre erros médicos ou mau atendimento, seja através da organização de pacientes em associações ou participação da comunidade nos conselhos municipais, questionando os procedimentos médicos, os sistemas de saúde e se interessando cada vez mais pelas formas pelas quais se presta o cuidado médico. (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p. 31 e 32)

A complexidade da área de vigilância sanitária tem sido apontada como um grande desafio para os gestores, pois demanda a articulação de um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades para coordenar um projeto de intervenção que de fato possa proteger e promover a saúde da população. (CONASS(c), 2007.p. 16)

Já a Saúde do trabalhador está conceituada como:

Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações deve ser a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (CONASS(b), 2007, p. 196)

A vigilância dos ambientes de trabalho está conceituada por CONASEMS(a) (2009, p. 389) como: “Conjunto de atividades desenvolvidas por serviços públicos de saúde com a finalidade de controlar ou eliminar os riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho. As definições para essas atividades estão definidas na Portaria GM/MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998” (ver anexo III).

Quanto a Vigilância Alimentar e Nutricional,

Vigilância Alimentar e Nutricional contempla atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e informações que podem descrever as condições alimentares e nutricionais da população. Objetiva fornecer subsídios para as decisões políticas, auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população. (BRASIL(ah), 2003, p.1)

Outro ponto importante que deve ser analisado na descentralização das atividades de Vigilância em Saúde para os Estados e Municípios é a competência técnica para assumir essas atividades:

Competência técnica para a fiscalização: a inspeção sanitária de estabelecimentos, produtos ou locais demanda conhecimento técnico e epidemiológico, além de domínio da legislação. Para avaliar, por exemplo, o funcionamento de um determinado equipamento, é preciso conhecê-lo, como também sua finalidade, formas de funcionamento e dispositivos de segurança, para saber o que está dentro ou fora da normalidade. Da mesma forma, é necessário reconhecer os diversos procedimentos em cada situação, para poder distinguir as técnicas corretas e incorretas. Assim, somente uma equipe multiprofissional e bem-capacitada poderá avaliar os aspectos importantes numa inspeção. Já não se admite mais uma “vigilância de piso, paredes e teto”. Os enfoques de estrutura, processo e resultado, de avaliação da qualidade técnica dos procedimentos e dos transtornos e riscos epidemiológicos apresentados devem orientar a forma básica de atuação das equipes de vigilância sanitária. (EDUARDO, 1999, p.24)

Nas ações de saúde, e na Vigilância em Saúde, deve se observar aspectos de Território/territorialização:

Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para a implementação das áreas de abrangências das equipes de unidades básicas e Saúde da Família. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária. Territorialização é um conceito técnico que tem sido utilizado no âmbito da gestão da saúde, consistindo na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária, quais sejam: áreas de abrangência de serviços, áreas de influência, etc. (CONASEMS(a), 2009, p. 371)

Na atuação da Vigilância em Saúde, especialmente na Vigilância Sanitária, usa-se intensamente o Poder de Polícia:

Poder de Polícia – limita e controla o exercício de alguns direitos individuais, assegurados em lei, em benefício do bem estar da coletividade. No uso regular do poder de polícia, a administração expede regulamentos e demais normas para o exercício dos direitos e atividades que afetam a coletividade. O ato de polícia, como ato administrativo, ficará sempre sujeito a invalidação judicial se praticado com excesso ou desvio de poder. As condições de sua validade são as mesmas do ato administrativo comum, ou seja, deve atender a competência, a finalidade e a forma legal, acrescida da proporcionalidade entre a restrição e os benefícios que dela decorram para a coletividade e a legalidade dos meios empregados. (CONASS(c), 2007, p. 70)

Para DI PIETRO (2006, p.128) “Pelo Conceito moderno, adotado no direito brasileiro, o poder de polícia é **a atividade do Estado consistente em limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público**”.

No livro *Questões Atuais do Direito Sanitário* são apontados os seguintes conceitos de Poder de Polícia:

Hely Lopes Meirelles (1993), por sua vez, amplia um pouco mais Este entendimento, ao definir que poder de polícia: é a faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado”. Esclarece, em linguagem mais simples, que o poder de polícia “é o freio de que dispõe a Administração pública para conter os abusos do direito individual.

Muitos outros autores contribuíram com definições próprias do assunto. Entre tantos, vale destacar a análise oferecida por Celso Antônio Bandeira de Mello (1999), que observa o poder de polícia, em sentido mais amplo, como “a atividade estatal de condicionar a liberdade e a propriedade ajustando-as aos interesses coletivos”.

(BRASIL(ai), MS, FIOCRUZ, 2006, p.99-100)

COSTA & ROZENFELD (2000, p.17) expõem a seguinte discussão sobre o poder de polícia:

COSTA & ROZENFELD (2000, p.17) expõem a seguinte discussão sobre o poder de polícia:

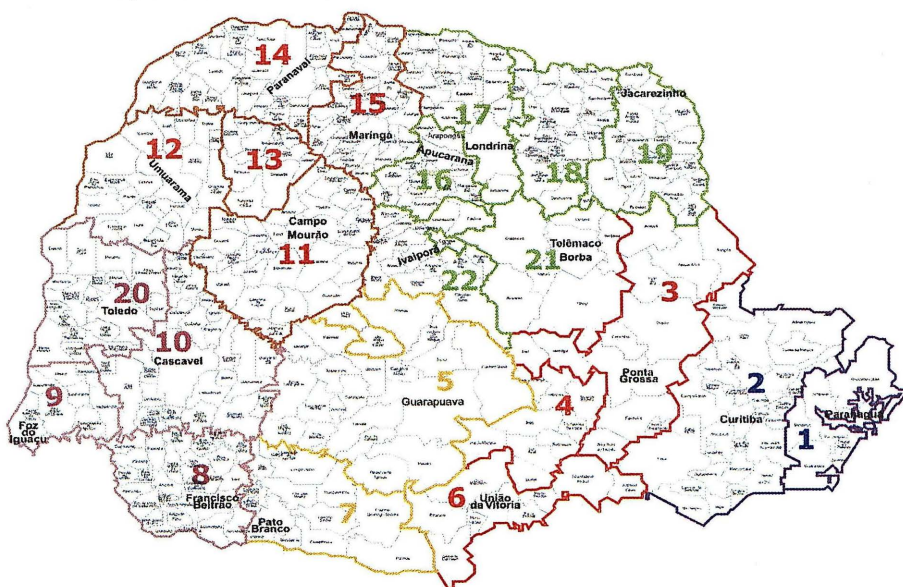
O modelo criado para regular as relações produção-consumo desenvolvido na Vigilância Sanitária, no Brasil, ao longo do tempo, se tem calcado no poder de polícia, com pouca visibilidade para o público e até esmo para os profissionais de saúde. Sua ação mais visível é a fiscalizadora, mesmo quando insuficientemente exercida. O poder de polícia é inerente ao Estado, é um poder-dever que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização de seu cumprimento, assim limitando as liberdades individuais, e as condicionando aos interesses coletivos assegurados pelo Poder Judiciário.

A redução das práticas da Vigilância ao próprio poder de polícia e à fiscalização, tem produzido sérias distorções. A fiscalização é uma função essencial e intransferível do Estado, mas reduzir a ação da Vigilância à mesma é simplificar o longo processo histórico de construção do seu objeto e limitar seu alcance na transformação das condições de saúde. (COSTA & ROSENFIELD.,2000, p. 17)

2.8. O ESTADO E SUAS REGIONAIS DE SAÚDE

O Estado do Paraná organizou a sua estrutura da Secretaria de Estado de Saúde em vinte e duas Regionais de Saúde (RS), cuja divisão territorial está descrita na fig. 07. Quanto ao número de municípios e população referenciada, não há uma uniformidade, conforme pode ser observado no quadro 8:

Fig. 7. Divisão das Regionais de Saúde no Estado do Paraná.



Fonte: (PARANÁ(k), 2009).

Quadro 8. Divisão das Regionais de Saúde.

RS	MUNICÍPIO SEDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ABRANGIDA (2007)
1ª	Paranaguá	7	287.633
2ª	Curitiba	29	3.385.145
3ª	Ponta Grossa	12	579.827
4ª	Irati	9	157.604
5ª	Guarapuava	20	457.361
6ª	União da Vitória	9	168.137
7ª	Pato Branco	15	244.406
8ª	Francisco Beltrão	27	313.370
9ª	Foz do Iguaçu	9	450.893
10ª	Cascavel	25	501.851
11ª	Campo Mourão	25	311.945
12ª	Umuarama	21	234.251
13ª	Cianorte	11	130.687
14ª	Paranavaí	28	254.256
15ª	Maringá	30	716.273
16ª	Apucarana	17	337.953
17ª	Londrina	20	846.428
18ª	Cornélio Procopio	22	243.178
19ª	Jacarezinho	22	271.897
20ª	Toledo	18	323.537
21ª	Telêmaco Borba	7	166.466
22ª	Ivaiporã	16	128.764
	Total	399	10.511.862

Fonte: Adaptado pelo autor de (PARANÁ(k),2009)

O artigo 52 do regulamento do Decreto Estadual do Paraná nº 777 de 09 de maio de 2007 explicita como competência das Regionais de Saúde o seguinte:

Art. 52. À Regional de Saúde – RS compete:

- I a coordenação, o acompanhamento e a avaliação da implementação das diretrizes operacionais do SUS e suas políticas, em âmbito regional;
- II o apoio técnico aos municípios na gestão da saúde;
- III- o apoio e o desenvolvimento do processo de monitoramento e avaliação do SUS em âmbito regional e municipal;
- IV a coordenação do processo de construção da rede regionalizada de atenção à saúde, em conjunto com a programação da área desenvolvida de forma cooperativa com os municípios;
- V -a operação do complexo regulador nas referências intermunicipais e da base de suporte avançado às urgências, quando da sua existência;
- VI a realização de auditoria de processos relacionados a gestão e atenção à saúde;
- VI o desenvolvimento das atividades de vigilância em saúde sob sua responsabilidade;
- VII a disponibilização de medicamentos básicos, vacinas e imunobiológicos aos municípios, e medicamentos especiais aos usuários;
- VIII a gestão das unidades públicas estaduais de saúde, de abrangência local, micro-regional ou regional, quando de sua existência;
- IX a cooperação técnica com as Superintendências e demais unidades da SESA;

X a promoção, o estímulo, a manutenção e o apoio à gestão da educação permanente em saúde e em processos relativos à mesma no âmbito da Regional de Saúde;
 XI o desenvolvimento das atividades de suporte administrativo-financeiro necessário ao desenvolvimento de ações e serviços da Regional de Saúde;
 XII o desenvolvimento de atividades relacionadas à administração de recursos humanos de competência da SESA no âmbito da Regional;
 XIII a coordenação e a implementação das ações administrativas necessárias ao funcionamento dos Hospitais Próprios, Unidades de Sangue, Unidades de Transplante e demais unidades que venham a ser instituídas no âmbito regional;
 XIV a coordenação, o acompanhamento e o monitoramento das unidades de saúde estaduais existentes no espaço geográfico da regional, com exceção da Regional de Saúde Metropolitana. (Paraná, 2007, p. 50)

2.9. CONCEITO DE MUNICÍPIO

MEIRELES (2008, p. 781) define “Município brasileiro é a entidade estatal integrante da federação” e expressa que “Esta integração é peculiaridade nossa, pois nenhum outro estado soberano se encontra município, como parte do regime federativo constitucionalmente reconhecida”.

ALMEIDA no livro “Distritos Sanitários: Concepção e Organização” expõe sobre o processo de municipalização da saúde, que:

(...), a idéia da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da federação com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais e particularmente na saúde, enquanto política pública. Isso não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal nos seus respectivos e competentes papéis outorgados pela Constituição e pelas legislações complementares. (ALMEIDA, 1998, p. 10)

2.9.1 Distritos

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 30, explicita que: “ Art. 30. Compete aos Municípios: (...) IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

O Estabelecimento de distritos sanitários também está previsto na Lei Orgânica da Saúde no parágrafo 2º do artigo 10º “§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.” (BRASIL(b), 1990)

ALMEIDA expõe que:

(...) há que ressaltar que a regionalização/distritalização é um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica negociação e pactuação entre os diversos gestores e gerentes de serviços do SUS, com a participação e controle social, e deve ter implícita a perspectiva de construir ou oferecer serviços/ações com ampla suficiência para a satisfação plena das demandas e necessidades de saúde da população da região/distrito sanitário. (ALMEIDA, 1998, p. 18)

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.

O processo, portanto, de construção/implantação de DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social.

Os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, segundo Mendes, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho.

Território do Distrito Sanitário

Compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la.

A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por:

- vários bairros de um município;
- vários municípios de uma região.

Área de abrangência dos serviços básicos

Esse conceito se refere a uma área geográfica definida ou a ser definida no processo de territorialização, tendo como ponto de referência os serviços básicos de saúde (centro de saúde, posto de saúde, unidade básica de atenção à família, etc.).

Operacionalmente, significa identificar e quantificar numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, que terá a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades.

Área de influência

É um conceito operacional que define os serviços de saúde do município ou região considerados como de referência para as populações das áreas de abrangência dos serviços básicos de saúde (...). (ALMEIDA, 1998, p. 21-22)

3. METODOLOGIA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Neste ponto, apresenta-se como a pesquisa foi caracterizada, o ambiente da pesquisa, a definição da amostra e os procedimentos de execução e investigação.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Quanto aos fins, a pesquisa mesclará a pesquisa exploratória visto se tratar de área com pouca informação sistematizada na área de abrangência, onde se buscou dados/informações existentes nos municípios e na regional de saúde que ainda não se encontram devidamente sistematizados. Também foram utilizados, em menor grau, aspectos da pesquisa descritiva, para correlacionar a situação encontrada com os indicadores de saúde da região.

A pesquisa exploratória visa prover de maior conhecimento sobre o tema, ou o problema de pesquisa em perspectiva. Por isso é apropriada para os primeiros estágios da investigação quanto a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são, geralmente, pouco ou inexistentes (MATAR, 1996, p.18 Apud LEVORATO & RODRIGUES, 2007, p. 16)

Segundo GIL,

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. (...) Na maioria dos casos essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e c) análise de exemplos que "estimulem a compreensão". (Selltz ES tal. 1967, p.63 apud GIL, 2002, p. 41.)

Desta forma a pesquisa exploratória mostrou-se mais adequado à proposta da pesquisa e realidade regional, visto que possibilita métodos ágeis e amplos que incluem o levantamento de dados dos diferentes campos estudados, e propiciar a discussão sobre os resultados.

3.1.1 Pesquisa Bibliográfica

Segundo GIL (1996, p. 44), "A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos."

Quanto ao tema Sistema Único de Saúde, há milhares de livros, textos e monografias sobre o assunto. A pesquisa se restringiu sobre as normas de organização do sistema especificamente relacionadas ao tema Vigilância em Saúde.

Na pesquisa bibliográfica foram identificadas poucas literaturas destinadas ao tema específico “Vigilância em Saúde” considerando o seu todo. Livros, monografias, manuais que tratam de forma segmentada o tema Vigilância em Saúde em suas partes, como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vigilância Nutricional, entre outros pontos, foram localizados em maior quantidade.

3.1.2 Pesquisa documental

A pesquisa documental corresponde a toda informação coletada, seja de forma oral, escrita ou visualizada. Ela consiste na coleta, classificação e seleção difusa e orientação de toda espécie de informações, compreendendo também as técnicas e os métodos que facilitam sua busca e sua identificação. (PESSÔA, 2007)

Para a pesquisa documental, considera-se documento qualquer informação sob a forma de textos, imagens, som, sinais em papel/madeira/pedra, gravações, pinturas, incrustações e outros. São considerados ainda documentos oficiais como editoriais, leis, atas, relatórios, ofícios, ordem régia etc., e os documentos jurídicos oriundos de cartórios, registros gerais de falências, inventários, testamentos, escrituras de compra e venda, hipotecas, atestados de nascimentos, casamentos, óbitos, entre outros (FACHIN, 2005, p. 146)

A pesquisa teve como fonte de dados os seguintes documentos: Planos Municipais de Saúde; Relatórios de Gestão; Planos de Ação de Vigilância Sanitária; Arquivos e cadastros de pactuações efetuadas.

Também foram realizados os seguintes levantamentos referente à População; Repasses financeiros Fundo a Fundo; Recursos Financeiros próprios usados na Vigilância em Saúde; Estrutura física; Estrutura de Equipamentos; Estrutura de Recursos Humanos; Legislação sanitária aplicável; Resultados dos últimos indicadores finalizados de pactuações mais recentes (2006 a 2008).

3.1.3 Levantamento e Pesquisa de Campo

Segundo PESSÔA,

Pesquisa de campo: é usada com o objetivo de obter informações e/ou conhecimentos sobre o problema levantado para o qual se procura uma resposta, ou para a hipótese que se queira comprovar. Outro objetivo dessa fase é descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2003). Nessa etapa da pesquisa de campo, a coleta de dados constitui uma etapa importante, e não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita. É importante determinar as técnicas que serão usadas para coletar os dados, definir a amostra que deve ser representativa e suficiente para chegar às conclusões. (PESSÔA, 2007, p. 38 e 39)

Segundo BIAZUS (2004), citando Gil(1999)

A **pesquisa do tipo levantamento**, na concepção de Gil (1999, p. 70), caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Em resumo, Gil (1999), afirma que este tipo de pesquisa busca as informações de um grupo significativo de pessoas acerca do problema em estudo, para, com a análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes aos dados obtidos. (BIAZUS, 2004, p. 104)

Para esta finalidade foi realizado uma série de levantamentos de dados junto aos municípios e arquivos da 8ª Regional de Saúde.

3.2. QUANTO A NATUREZA DA PESQUISA

Para TEIXEIRA (2001) apud CAVALCANTE (2005), a pesquisa poderá ser de duas formas, quantitativa e qualitativa. A pesquisa associou aspectos da pesquisa quantitativa, em sua maior parte, com a pesquisa qualitativa.

3.2.1 Pesquisa quantitativa

Segundo CAVALCANTE et. al., citando TEIXEIRA (2001):

1 Pesquisa Quantitativa: é estável, reducionista, o raciocínio é lógico, a visão da realidade é fragmentada, objetiva e singular, separada do pesquisadores. O pesquisador independe da realidade que esta sendo investigada, é impessoal, o pressuposto metodológico é o processo dedutivo, de causa e efeito, as categorias são analisadas de forma isolada, independente do contexto. Procura eliminar a ambiguidade, tem familiaridade com as regras e linhas gerais de como conduzir uma pesquisa. Os elementos para a coleta de dados são os questionários fechados, os elementos básicos para análise dos dados são as escalas, os números, estatísticas etc. (CAVALCANTE et. al., 2005, p. 21)

A pesquisa quantitativa será sobre aspectos estruturais da Vigilância em Saúde, em relação à estrutura de recursos físicos, de equipamentos e recursos humanos, entre outros aspectos.

3.2.2 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa será sobre os dados obtidos, e questionamentos obtidos nas entrevistas com técnicos da 8ª Regional de Saúde. Segundo CAVALCANTE et. al., citando TEIXEIRA (2001):

Pesquisa Qualitativa: o estudo é dinâmico, flexível, o raciocínio é dialético, a visão da realidade é o todo, esta é subjetiva e múltipla, é analisada a partir da visão dos sujeitos. O pesquisador interage com os sujeitos pesquisados. As definições evoluem a partir dos estudos realizados. O pressuposto metodológico é indutivo, simultâneo, as categorias são indicadas durante o processo de pesquisa, as teorias são utilizadas para a compreensão da realidade, não se perturba pela falta de regras para conduzir a pesquisa e o contexto é importante. Os elementos fundamentais para a coleta de dados são as observações, questionários, entrevistas e os elementos para as análises dos dados são as interpretações de palavras, análises concomitantes à coleta. (CAVALCANTE et. al, 2005, p. 21)

3.3. QUANTO ÀS TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

Dentre as técnicas de pesquisa de campo, que segundo PESSOA (2007, p. 39), pode ocorrer através da observação direta intensiva ou extensiva, optou-se, para os municípios, pela aplicação da técnica de observação direta extensiva através da aplicação de questionário, considerando a abrangência e o seu número:

a) Questionário: é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas, por escrito, e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador. Depois de preenchido, o pesquisado devolve o questionário do mesmo modo. Junto com o questionário deve-se enviar uma nota ou carta, explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do recebedor, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável. O questionário deve ter natureza impessoal para assegurar uniformidade na avaliação da pesquisa abordada. Em média, os questionários expedidos pelos pesquisadores alcançam 25% de devolução (MARCONI; LAKATOS, 2003; RIBAS, 2004). (PESSOA, 2007, p. 40)

Foi utilizado pesquisa de campo com aplicação de questionário aos gestores e técnicos dos municípios e da regional de saúde. Também foram utilizados aspectos da pesquisa documental e bibliográfica.

O questionário foi encaminhado a todos os gestores municipais da 8ª Regional de Saúde e pretendeu levantar os seguintes pontos junto aos gestores municipais de saúde: a) Aspectos organizacionais da estrutura da saúde relacionada à área de Vigilância em Saúde; b) Aspectos de ordem de relacionamento entre os municípios e a 8ª Regional de Saúde; c) Aspectos legais quanto ao funcionamento da área de Vigilância em Saúde; d) Levantamento da estrutura física; f) Levantamento de estrutura de equipamentos necessários às ações de Vigilância em Saúde; g) Levantamento de recursos humanos; h) Aspectos relacionados ao controle social das ações e serviços de Vigilância em Saúde. (ver Apêndice I)

Já para a Vigilância em Saúde da Regional de Saúde, optou-se pela aplicação do método da observação direta intensiva, com aplicação de entrevista padronizada estruturada, aplicada ao gestor da área. Foi utilizado como base o questionário dos municípios, alterando-se alguns aspectos relativos aos objetivos específicos do campo de atuação Estadual e Regional.

Entrevista: de acordo com Marconi e Lakatos (2003) e Ribas (2004), a entrevista é o encontro entre duas pessoas para que uma delas possa obter informações sobre determinado assunto, por meio de uma conversação de natureza profissional. O objetivo é obter informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema. Os tipos de entrevistas são:

a) Padronizada ou estruturada: o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido e as perguntas são predeterminadas. A entrevista é realizada de acordo com o formulário elaborado. A(s) pessoa(s) entrevistada(s) é (são) selecionada(s), de preferência, de acordo com um plano. Pode-se utilizar o gravador. ((PESSÔA, 2007, p. 40)

O questionário se encontra no Apêndice I do presente projeto está baseado em duas pesquisas realizadas. A base inicial é o levantamento das estruturas de planejamento do SUS, pesquisa feita pelo Sistema de Planejamento do SUS (Planejasus) (BRASIL(w), 2008). Também foram observados aspectos de levantamento da força de trabalho da Vigilância Sanitária, feito pelo Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL(i), 2005).

3.4. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O Questionário “Levantamento Vigilância em Saúde na abrangência da 8ª Regional de Saúde – Municípios” foi enviado aos 27 municípios da 8ª Regional de Saúde, e respondido por 25 municípios, sendo 7 de forma completa, onde foram respondido a maioria dos itens elencados; 9 de forma parcialmente completa, onde se observaram pontos não respondidos ou uma área da Vigilância em Saúde que não foi contemplada nas respostas; e 9 de forma incompleta, onde o questionário não contém duas ou mais áreas sem informação. Não responderam a tempo de fechamento dos dados da pesquisa os municípios de Manfrinópolis e de Salto do Lontra.

Para a Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, realizou-se entrevista com a gestora da área de Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, utilizando-se o mesmo questionário como base. A entrevista foi complementada com a técnica responsável pela Vigilância Alimentar e Nutricional na Seção de Atenção Primária em Saúde. O resultado da entrevista se encontra no item 4.5.



Para a análise das informações dos questionários encaminhados aos municípios foi utilizado o programa FormSUS do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL(aj) e (ax), 2009). Em alguns casos os dados foram complementados (quando respostas ausentes ou áreas que não foram preenchidas) com informações que se encontravam disponíveis na documentação da 8ª Regional de Saúde. O FormSUS gera estatísticas relativas às respostas às perguntas e tabelas com gráficos apresentados no item 4 - Resultados e anexos do presente trabalho.

Os dados relativos ao perfil das pessoas que responderam o presente questionário se encontram no Apêndice II

Gráfico	1.	Quanto à plenitude das respostas aos questionários	questionários	
			Qtd	Qtd %
		Preenchimento completo (maioria dos itens preenchidos)	7	28 %
		Parcialmente completo (com pendências de itens e ou pelo menos uma área de VS)	9	36 %
		Incompleto (com pendências de vários itens e/ou duas ou mais áreas)	9	36 %
		Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.






Gráfico 2. Obtenção dos dados para preenchimento do formulário FormSUS

		Qtd	Qtd %
1. Dados obtidos na sua maior parte do questionário encaminhado		9	36 %
2. Dados obtidos do questionário e complementados partes faltantes com arquivos da vigilância em saúde e/ou complementados por contato telefônico		16	64 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Os dados com maior número de pendências nas respostas ao questionário enviado foram sobre recursos humanos, Vigilância Nutricional, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Gráfico 3. Áreas com pendências nas respostas ao questionário enviado

		Qtd	Qtd %
Vigilância Ambiental		11	44 %
Vigilância Epidemiológica		3	12 %
Vigilância Sanitária		1	4 %
Vigilância em Saúde do Trabalhador		13	62 %
Vigilância Nutricional		16	64 %
Fichas Preenchidas		20	80 %
Não responderam		5	20 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

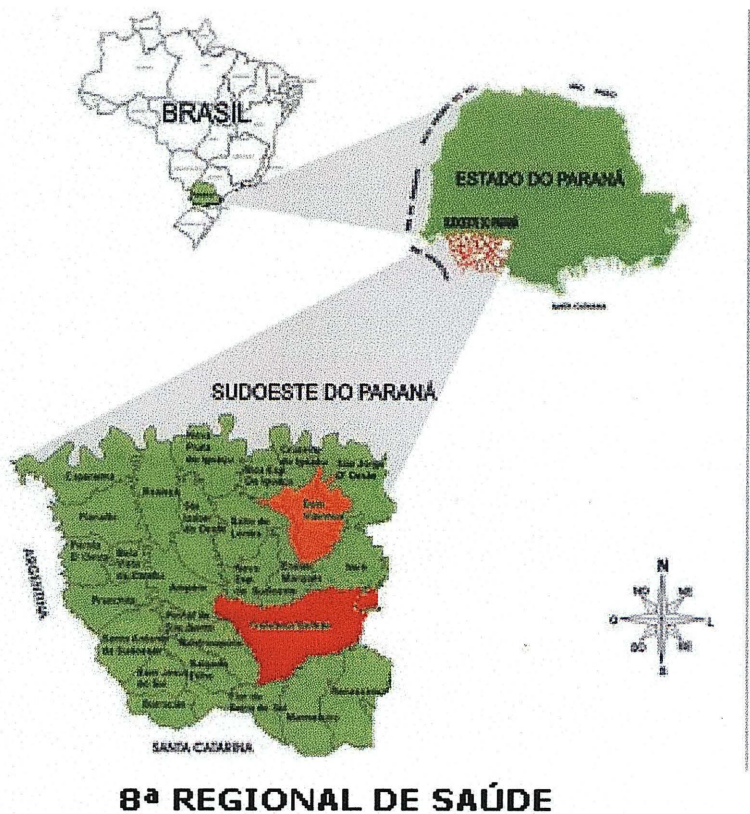
3.5. DELIMITAÇÃO ESPACIAL

O presente trabalho se restringiu aos 27 (vinte e sete) municípios que compõem a área de abrangência da 8ª Regional de Saúde, instalada em Francisco Beltrão, localizada na região Sudoeste do Estado do Paraná. (fig. 8)

A 8ª Regional de Saúde é um órgão da administração direta do Estado, representa a Secretaria de Estado da Saúde e as ações do Governo do Estado do Paraná na área de saúde no âmbito da região Sudoeste (esta dividida com a Regional de Saúde de Pato Branco – 7), composta por 27 municípios, com uma população de 334.657 habitantes (Estimativa IBGE 2007/2008). A região faz fronteira com a Argentina (sete municípios) e com o estado de Santa Catarina (quatro municípios). (PARANÁ(m), 2009, p.2)

A pesquisa está delimitada aos serviços de Vigilância em Saúde das Secretarias municipais de Saúde dos municípios, incluindo a estrutura da própria da 8ª Regional de Saúde.

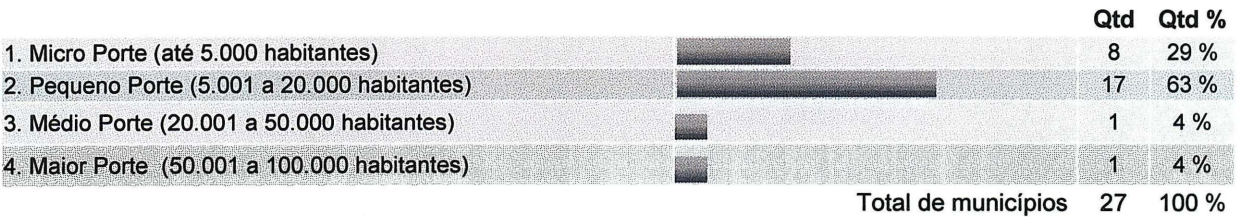
Fig. 8. Localização da 8ª Regional de Saúde



Fonte: (PARANÁ(m), 2009, p.3)

Na região (92%) dos municípios se caracterizam por ser de pequeno porte, ou porte reduzido (micro-porte). O porte dos municípios da região é, em parte, parecido com a realidade do Estado do Paraná, onde dos 399 municípios, 113 (28,3%) são de porte reduzido (até 5.000 habitantes), 198 (49,7%) são de pequeno porte (5.001 a 20.000 habitantes), 56 (14%) são de médio porte (20.001 a 50.000), e 32 (8%) são de maior porte (acima de 50.000 habitantes).

Gráfico 4. Porte dos municípios da 8ª Regional de Saúde



Fonte: DATASUS (BRASIL(ar), 2009);

Mais detalhes sobre a região se encontram no ponto 4.3 do presente trabalho.

4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Organização dos serviços de Vigilância em Saúde, dentre as suas várias áreas, deve obedecer a normas pactuadas no Sistema Único de Saúde em suas diferentes instâncias.

Em algumas áreas da Vigilância em Saúde a organização e estruturação dos serviços é muito clara e objetiva, sendo explícita em normas como portarias ou deliberações, manuais, notas instrutivas, entre outros documentos que serão explicitados no desenvolvimento deste trabalho.

A forma de organização atualmente preconizada no Estado do Paraná, e adotada em parte pelo Ministério da Saúde, seria a integração das várias áreas da Vigilância em Saúde. Ou seja, tanto no Estado como nos Municípios, as áreas de Vigilância Ambiental em Saúde, Epidemiológica, Sanitária, em Saúde do Trabalhador, estariam integradas e agrupadas administrativamente em um único órgão de Vigilância em Saúde, podendo estar divididos ou não em suas áreas de atuação com hierarquia para a área comum. Isto já ocorre na Estrutura Estadual e em alguns municípios da região. A Vigilância Nutricional, na Regional de Saúde e maioria dos municípios se encontra estruturada na área de Atenção Primária, e não na área de Vigilância em Saúde. Isto é reflexo da estrutura do Nível Central da SESA/PR e do Nível Federal.

A proposta de implantação desta forma de organização se iniciou no Paraná em 2003, com duas oficinas de Articulação para a Vigilância em Saúde. Uma no nível central da SESA/PR e outra envolvendo as Regionais de Saúde e municípios sede de Regionais de Saúde, que ocorreu em dezembro de 2003 em Paranaguá. (PARANÁ(n), 2003)

Na 8ª Regional de Saúde, ocorreu a continuação desse processo com a realização da I Oficina Regional de Articulação para a Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão, que ocorreu em Quedas do Iguaçu em março de 2004. (PARANÁ(o), 2004)

Nesse ponto serão analisadas as exigências quanto a organização e dos serviços de Vigilância em Saúde, as principais dificuldades da área, quais os serviços existentes na região, localização regional dos municípios atendidos pela política pública, estrutura atual dos órgãos de vigilância pesquisados, aspectos legais nas ações de Vigilância em Saúde, consolidação e análise das informações, discussão da política pública para organizar os serviços e proposta de organização.

4.1. QUANTO À ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

Pretende-se neste ponto desenvolver as necessidades básicas para a organização e estruturação das áreas da Vigilância em Saúde, a saber, a Vigilância Ambiental em Saúde, Epidemiológica, Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

Quanto à exigência de estruturação do Estado e Municípios para realizar ações de Vigilância em Saúde, isto está previsto no art. 24 e respectivos incisos da Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004, presente na íntegra no Anexo I do presente trabalho que contempla as áreas de Vigilância Ambiental em Saúde, Epidemiologia e operações de controle de doenças:

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Para maior efetividade na consecução das ações de Vigilância em Saúde, por parte dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde:

- I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, e preferencialmente que essa estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;
- II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;
- III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de Vigilância em Saúde às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS e pelo Programa Saúde da Família - PSF; e
- IV - integrar as atividades de diagnóstico laboratorial às ações de Vigilância em Saúde por meio da estruturação de Rede de Laboratórios que inclua os laboratórios públicos e privados. (BRASIL(aa), 2004, p.58)

A competência dos Estados na para a área de Vigilância em Saúde está prevista no art. 2º e respectivos incisos, com prevalência no apoio as ações,

fornecimento de equipamentos e ações de caráter complementar e suplementar. A competência dos municípios está prevista no art. 3º e respectivos incisos da Portaria GM/MS nº 1.172/2004, sendo o principal ator nas ações de vigilância em saúde;

A estrutura mínima de pessoal, no Estado do Paraná, está prevista na deliberação nº 12 de 07 de abril de 2000 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR), a qual prevê o seguinte:

1.c -Equipe Mínima ⇐ possuir equipe mínima conforme abaixo:

Nível I - até 10.000 habitantes

- 1 profissional de saúde de nível superior responsável pela Vigilância Epidemiológica não exclusivo.
- 1 profissional de nível médio exclusivo para Vigilância Epidemiológica.
- Possuir equipe de agentes de saúde (PACS e/ou PSF e/ou Agentes de combate ao Aedes)

Nível II – de 10.001 a 25.000 habitantes

- 1 profissional de saúde de nível superior responsável pela Vigilância Epidemiológica, exclusivo ou não.
- 2 profissional de nível médio exclusivo para Vigilância Epidemiológica.
- Possuir equipe de agentes de saúde (PACS e/ou PSF e/ou Agentes de combate ao Aedes)

Nível III – de 25.001 a 50.000 habitantes

- 1 profissional de saúde de nível superior responsável pela Vigilância Epidemiológica, com no mínimo 20 horas semanais de dedicação exclusiva à área de epidemiologia.
- 2 profissionais de nível médio exclusivo para Vigilância Epidemiológica.
- Possuir equipe de agentes de saúde (PACS e/ou PSF e/ou Agentes de combate ao Aedes)

Nível IV - acima de 50.000 habitantes

- No mínimo 2 profissionais de saúde de nível superior com dedicação exclusiva à área de Epidemiologia.
- No mínimo 4 profissionais de nível médio exclusivos para a área de Vigilância Epidemiológica.
- Possuir equipe de agentes de saúde (PACS e/ou PSF e/ou Agentes de combate ao Aedes) (PARANÁ(e), 2000)

Esta estrutura mínima estava relacionada à Portaria GM/MS nº 1.399 de 15 de dezembro de 1999, que foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1.172/2004. Observa-se que a mesma inclui profissionais do campo de trabalho da atenção primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

4.1.1 Vigilância Ambiental em Saúde

Não há uma norma comum que agregue à exigência de organização e estruturação de todas as atividades da abrangência da Vigilância Ambiental em

Saúde, até porque há discrepâncias entre o que está inserido nessa área entre o nível federal, estadual e municipal.

Na pesquisa de campo pode-se observar que vários municípios informaram não possuir esta área, apesar de todos executarem atividades em Vigilância Ambiental em Saúde, especialmente na área de vigilância da qualidade da água.

Neste ponto será descrito sobre as duas principais áreas relacionadas à Vigilância Ambiental em Saúde, no caso a área de endemias, especialmente o combate à dengue, e a vigilância da qualidade da água.

a) Endemias e Controle de Vetores:

A estruturação e organização dessa área, especialmente no tocante à dengue, estão prevista no manual do Programa Nacional Controle da Dengue (PNCD) de combate ao seu principal vetor o *Aedes aegypti*, popularmente conhecido como mosquito da dengue. Na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) aloca este campo de trabalho na área da Epidemiologia.

A FUNASA (BRASIL(ak), 2002, p. 25) expõe a seguinte necessidade de equipe para essa área:

1. Operações de Campo

1.1. Infra-estrutura e organização

- Proporção de municípios com quantitativo adequado de agentes de controle de endemias (**um agente para cada 800 a 1.000 imóveis**);
- Percentual da população residente em municípios com cobertura adequada de agentes de controle de endemias.

1.2. Número de supervisores de campo

- Proporção de municípios com quantitativo adequado de supervisores de campo (**um supervisor para cada 10 agentes de controle de endemias**);
- Percentual da população residente em municípios com cobertura adequada de supervisores de campo.

1.3. Pontos Estratégicos

- Proporção de municípios com mapeamento e rotina de visita estruturada entre os supervisionados.

1.4. Sistemas de Informação

- Proporção de municípios com FAD ou sistema compatível implantado.

1.5. Bloqueio de Transmissão

- Proporção de municípios com equipes locais de bloqueio de transmissão estruturadas entre os supervisionados. (BRASIL(ak), 2002, p. 25)

Grifos nossos

b) Vigilância da qualidade da água para consumo humano:

A vigilância da qualidade da água está prevista na Portaria GM/MS nº 518 de 25 de março de 2004 que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Esta portaria estabelece como competências dos Estados:

Seção II

Do Nível Estadual e Distrito Federal

Art. 6º São deveres e obrigações das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

- I. promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com o nível municipal e os responsáveis pelo controle de qualidade da água, nos termos da legislação que regulamenta o SUS;
- II. garantir, nas atividades de vigilância da qualidade da água, a implementação de um plano de amostragem pelos municípios, observadas as diretrizes específicas a serem elaboradas pela SVS/MS;
- III. estabelecer as referências laboratoriais estaduais e do Distrito Federal para dar suporte às ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano; e
- IV. executar ações de vigilância da qualidade da água, de forma complementar, em caráter excepcional, quando constatada, tecnicamente, insuficiência da ação municipal, nos termos da regulamentação do SUS. (BRASIL(al), 2004, p. 266)

Esta portaria estabelece como competências dos Municípios:

Seção III

Do Nível Municipal

Art. 7º São deveres e obrigações das Secretarias Municipais de Saúde:

- I. exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle de qualidade da água, de acordo com as diretrizes do SUS;
- II. sistematizar e interpretar os dados gerados pelo responsável pela operação do sistema ou solução alternativa de abastecimento de água, assim como, pelos órgãos ambientais e gestores de recursos hídricos, em relação às características da água nos mananciais, sob a perspectiva da vulnerabilidade do abastecimento de água quanto aos riscos à saúde da população;
- III. estabelecer as referências laboratoriais municipais para dar suporte às ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano;
- IV. efetuar, sistemática e permanentemente, avaliação de risco à saúde humana de cada sistema de abastecimento ou solução alternativa, (...)
- V. auditar o controle da qualidade da água produzida e distribuída e as práticas operacionais adotadas;
- VI. garantir à população informações sobre a qualidade da água e riscos à saúde associados, nos termos do inciso VI do artigo 9 deste Anexo;
- VII. manter registros atualizados sobre as características da água distribuída, (...)
- VIII. manter mecanismos para recebimento de queixas referentes às características da água e para a adoção das providências pertinentes;
- IX. informar ao responsável pelo fornecimento de água para consumo humano sobre anomalias e não conformidades detectadas, exigindo as providências para as correções que se fizerem necessárias;
- X. aprovar o plano de amostragem apresentado pelos responsáveis pelo controle da qualidade da água (...)
- XI. implementar um plano próprio de amostragem de vigilância da qualidade da água, consoante diretrizes específicas elaboradas pela SVS; e
- XII. definir o responsável pelo controle da qualidade da água de solução alternativa. (BRASIL(al-), 2004, p.)

O autor não localizou normativa, portaria, deliberação ou instrução específica relativa à equipe mínima para o desenvolvimento dessas atividades.

Trata-se de área amplamente implantada nos municípios da 8ª Regional de Saúde, que tem realizado coletas rotineiras de água para consumo humano, normalmente estruturada na área e Vigilância Sanitária.

Para o programa, os municípios devem realizar análise de água, chamadas de sentinela, realizadas no próprio município, para cloro, turbidez e flúor, e análises para colimetria (Coliformes totais e *Escherichia coli*) que são realizadas em laboratório de referência, no caso o Laboratório de água da 8ª Regional de Saúde.

4.1.2 Vigilância Epidemiológica

A execução de atividades nesta área está prevista na Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004, já descritas acima. Quanto a estrutura e organização, a mesma está prevista no Paraná pela Deliberação CIB/PR nº 12 de 07 de abril de 2000.

4.1.3 Vigilância Sanitária

A normatização da pactuação das ações de Vigilância Sanitária está prevista na Portaria nº 1.998 de 21 de agosto de 2007, que se encontra na íntegra no Anexo II do presente trabalho, substituiu a Portaria GM/MS nº 2473 de 29 de dezembro de 2003. Esta normatização foi implantada para adequar a Vigilância Sanitária à proposição do Pacto pela Saúde, de um trabalho voltado ao risco sanitário, aprovado pela Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006:

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades. (BRASIL(x), 2006, p. 43.)

Para os municípios a Portaria GM/MS nº 1.998/2007 especifica o seguinte:

Art. 5º O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFFVISA de cada Município será definido, mediante:

I - Piso Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais)/ano para Municípios, cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor, conforme Anexo II e II-A, composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "a" e inciso II alínea "a", **e refere-se ao segmento Estruturante do Elenco Norteador das Ações de VISA (Anexo IV);** e

II - Piso Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano (Anexo III e Anexo III-A), composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "b" e inciso II alíneas "a" e "b", pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), **conforme critérios definidos no Anexo IV, que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA.** (BRASIL(ab), 2007, p 46). Grifo do autor

Pelo artigo 11 da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, as ações de Vigilância Sanitária deveriam ser contempladas no respectivo plano municipal ou estadual de Saúde.

Art. 11. As ações previstas nos Planos de Saúde deverão contemplar as descritas no Anexo IV, de acordo com as necessidades e a realidade loco-regional dos Estados, do DF e dos Municípios. (BRASIL, 2007, p. 46)

Como nos municípios, os planos municipais de saúde são elaborados no primeiro ano de gestão, os municípios em 2007 elaboraram um Plano de Ação que deveria ser um adendo ao respectivo plano municipal de Saúde.

Na 8ª Regional de Saúde todos os municípios pactuaram as ações estruturantes e estratégicas da Vigilância Sanitária, sendo aprovada e homologada pela Deliberação nº 137/2007 de 04 de dezembro de 2007 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná.

No anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, transcrito no quadro 9, apresenta o elenco norteador de ações de Vigilância Sanitária, constam as exigências para o repasse de recursos financeiros aos estados e municípios:

Quadro 9. ANEXO IV da Portaria GM/MS 1.998/2007**Quadro 9.a - Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**

ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO	PARÂMETROS
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da VISA, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistema de informação.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
	Plano de Capacitação.

Quadro 9.b - Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário

ÁREA DE INTERVENÇÃO	PROCEDIMENTOS
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação.
	Investigação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Elaboração de materiais educativos.
	Divulgação de alerta sanitário.
	Atendimento à denúncia/ reclamação.
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Participação nos processos de educação destinados às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais	Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos.

Fonte: (BRASIL(ab), 2007, p. 46)

No Paraná, apesar de desatualizada frente à Portaria GM/MS nº 1.998, a regulamentação para a estruturação e equipe mínima, está prevista na Deliberação CIB/PR nº 16 de 17 de fevereiro de 2004, que regulamentava a Portaria GM/MS nº 2.473/2003 para o Estado do Paraná. Essa portaria estava relacionada à inspeção dos serviços de Média e Alta complexidade, que na Portaria GM/MS 1.998/2007 entende-se que ficaram contempladas nas ações estratégicas, visto que não há mais divisão quanto à complexidade, apenas a discussão sobre risco sanitário, conforme o documento final do Plano Diretor de Vigilância Sanitária. (BRASIL(m), 2007, p.26). Na Deliberação CIB/PR nº 16/2004 constam as seguintes exigências:

Aprova os Critérios de Estrutura e de Recursos Humanos Mínimos Necessários para a Execução das Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária, conforme abaixo discriminados:

1- Estrutura Administrativa - comprovar a existência de estrutura de apoio administrativo com material de expediente (formulários, autos, roteiros, impressos de licenciamento, legislação, etc.), e recursos materiais (veículos, micro computador com impressora, máquina fotográfica, equipamentos técnicos específicos).

2 - Equipe Mínima para o desenvolvimento das Ações de Média e Alta Complexidade – possuir equipe técnica mínima que corresponda às necessidades de cobertura local:

- Farmacêutico e enfermeiro
- Engenheiro / tecnólogo (hospitais acima de 50 leitos, terapia renal substitutiva)
- Médico Veterinário (indústria de alimentos e produtos de origem animal)
- Odontólogo (radiodiagnóstico)
- Outros profissionais de Nível Superior de acordo com o universo de estabelecimentos e a complexidade das atividades existentes.
- A inspeção sanitária em estabelecimentos farmacêuticos de manipulação requer a inclusão de profissional farmacêutico/Bioquímico na equipe técnica, responsável pela execução da ação (RDC nº 33/00/ANVISA).

Cálculo do Número de Técnicos para atender a necessidade de cobertura

a) Universo a ser atendido (Média e Alta Complexidade);

b) 220 dias úteis/ano;

c) 11 meses/ano;

d) inspeção: 70% da carga horária – 1320 horas;

e) trabalho interno e deslocamentos: 30% da carga horária – 440 horas;

20 horas trabalhadas por profissional x estabelecimento/mês –

- 88 estabelecimentos profissional/ano

- 08 estabelecimentos profissional/mês (PARANÁ(f), 2004)

Quanto a Vigilância Sanitária Básica, este autor não localizou norma específica quanto à equipe mínima. Nos manuais de planejamento de ações de vigilância sanitária do estado do Paraná, pré-descentralização aos municípios, na organização das equipes estava previsto o seguinte:

SANEAMENTO BÁSICO

01(um) Engenheiro Sanitarista ou Tecnólogo em Saneamento e 01 (um) profissional de nível médio para cada 10 municípios desde que a somatória das populações desses municípios não ultrapasse 100.000 habitantes.

HIGIENE E CONTROLE DE ALIMENTOS

01 (um) Médico Veterinário para cada 150 estabelecimentos alimentares de maior risco epidemiológico (...)

01 (um) profissional de nível médio para cada 150 estabelecimentos alimentares de menor risco epidemiológico (...)

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

01(um) farmacêutico e 01 (um) profissional de nível médio para cada 150 estabelecimentos de maior risco epidemiológico (...)

01 (um) profissional de nível médio para cada 150 estabelecimentos de menor risco epidemiológico (...) (PARANÁ(p), 1989)

O Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (NADAV) da ANVISA, visando a aplicação da Portaria GM/MS nº 399/2006 também elaborou o Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária onde constam uma ampla gama de orientações sobre a infra-estrutura, organização e atividades da

Vigilância Sanitária envolvendo Recursos Humanos; Estrutura Legal; Estrutura Física e Operacional/recursos materiais e Estrutura Administrativa, Inspeção, entre várias outras atividades. (BRASIL(n), 2007, p. 3 e seg.). Devido a sua amplitude, este documento não foi transcrito no presente trabalho.

4.1.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

No âmbito Federal as atividades da área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) estão normatizadas na Portaria GM/MS nº 3.120, de 01 de julho de 1998, constante na íntegra no Anexo III.

Nesta estão estabelecidas as seguintes atividades principais da Vigilância em Saúde do Trabalhador:

- 6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária) (...)**
- 6.3 - Análise dos processos (...)**
- 6.4 - Inquéritos (...)**
- 6.5 - Mapeamento de riscos (...)**
- 6.6 - Estudos epidemiológicos (...)**
- 6.7 - Acompanhamento do processo (...)**
- 7 - Informações básicas (...)**
- 7.1 - Informações acerca da mortalidade (...)**
- 7.2 - Informações acerca da morbidade (...)**
- 7.3 - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos (...)** . (BRASIL(am), 1998, p. 28 e seg.)

Dentre os eventos sentinelas e informações sobre morbidade, foram definidas pela Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004 os agravos de notificação compulsória:

- § 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:
- I - Acidente de Trabalho Fatal;
 - II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
 - III - Acidente com Exposição a Material Biológico;
 - IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
 - V - Dermatoses Ocupacionais;
 - VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
 - VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
 - VIII - Pneumoconioses;
 - IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;
 - X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
 - XI - Câncer Relacionado ao Trabalho. (BRASIL(an), 2004, p. 37.)

(...)Art. 2º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e

III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

No Estado do Paraná, as atividades relacionadas à VST estão normatizadas no Código de Saúde do Estado do Paraná em seu regulamento, o Decreto Estadual do Paraná nº 5.711 de 05 de maio de 2002, dos artigos 101 a 108. (PARANÁ(q), 2002 p. 82 a 85)

Para a área de Saúde do Trabalhador a normatização de estrutura e equipe está relacionada à implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's), previstas na Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005, a qual é voltada principalmente à atenção integral à saúde do trabalhador, mas contempla ações de Vigilância.

Não foi localizada pelo autor normativa, portaria, deliberação ou instrução específica relativa à equipe mínima para o desenvolvimento das atividades de VST nos municípios. As ações de inspeção normalmente já fazem parte do escopo de atividades da Vigilância Sanitária, as ações de notificação da Vigilância Epidemiológica, e as de investigação de ambas.

4.1.5 Vigilância Nutricional

O autor não localizou normativa, portaria, deliberação ou instrução específica relativa à equipe mínima para o desenvolvimento dessas atividades. A relação de atividades nesta área está contida dentro da Política Nacional de Alimentação e Nutrição aprovada pela Portaria GM/MS nº 710, de 10 de junho de 1999. (BRASIL(ao), 1999, p. 14)

O campo de atividades obrigatórias se encontra na geração de informações conforme prevê o manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.246/GM de 18 de outubro de 2004, que Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2. ASPECTOS LEGAIS NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A área de Vigilância em Saúde possui aspectos legais que a diferenciam das demais áreas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. O Principal deles está no exercício do poder de polícia, forte componente da área de vigilância sanitária, mas que se aplica a todas as vigilâncias, ainda que em menor grau.

Tal fato leva a críticas dos gestores de saúde, especialmente os municipais. Em CONASEMS(b) (2009) está exposto o seguinte:

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Este tema é sempre polêmico principalmente com os chefes do executivo municipais. É importante como instrumento de intervenção nos determinantes da saúde e se não estiver bem coordenada à ação junto às demais ações do sistema de saúde, frequentemente é foco de desgaste político.

DISFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS E BUROCRÁTICAS GERAIS

São observadas em todas as organizações e podem manifestar-se nos serviços de vigilância sanitária com exuberância. Entre elas podemos citar:

- Os regulamentos são transformados de instrumentos para o exercício da regulação em objetivo em si, desvirtuando a missão e supervalorizando as normas sanitárias. Isto pode construir uma programação de ações que tem como fundamento o regulamento e não a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.
- Gera o surgimento de Especialistas em normas e não na atividade de proteção.
- O cartório burocrático, expresso no papelório extenso tende ao excesso de formalismo, minimizando o humanismo do trato da coisa pública, gerando dificuldades com clientes.
- A rotinização induz a resistência às transformações de adequação necessárias, tornando-as indesejáveis.
- A impessoalidade enfatiza os cargos e minimiza o relacionamento pessoal dentro da organização, despersonaliza e leva a excessiva hierarquização.
- Desenvolve a tendência de exibição de sinais de status como o uso de credenciais, uniformes e ao isolamento como organização independente e não como instrumento de intervenção da saúde, dificultando os processos constitucionais da integralidade.

O gestor municipal deve estar atento a estas distorções e de maneira planejada, corrigi-las.

O objeto da vigilância é o homem e não o seu regulamento. (CONASEMS(b), 2009, p. 117)

O Exercício do Poder de Polícia implica em limitações quanto à instalação e organização dos serviços, como já pode ser observado nos pontos anteriores. As atividades não podem ser terceirizadas para entidades de caráter privado, pois este poder é exclusivo do Estado conforme já exposto na revisão bibliográfica.

O Exercício do Poder de Polícia também implica em limitações aos técnicos que exercem a mesma, no caso:

Lei 5.991/1973:

Art. 53. Não poderá ter exercício nos órgãos de fiscalização sanitária o servidor público que for sócio ou acionista de qualquer categoria, ou que prestar serviços a empresa ou estabelecimento que explore o comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. (BRASIL(d), 1973, p. 13049)

Lei 6360/1976:

Art. 74 - Não poderão ter exercício em órgãos de fiscalização sanitária e laboratórios de controle servidores públicos que sejam sócios, acionistas ou interessados, por qualquer forma, de empresas que exerçam atividades sujeitas ao regime desta Lei, ou lhes prestem serviços com ou sem vínculo empregatício. (BRASIL(g), 1976, p. 12647)

Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999:

Art. 13. Aos dirigentes da Agência é vedado o exercício de qualquer outra atividade profissional, empresarial, sindical ou de direção político-partidária. § 1º É vedado aos dirigentes, igualmente, ter interesse direto ou indireto, em empresa relacionada com a área de atuação da Vigilância Sanitária, prevista nesta Lei, conforme dispuser o regulamento.

§ 2º A vedação de que trata o caput deste artigo não se aplica aos casos em que a atividade profissional decorra de vínculo contratual mantido com entidades públicas destinadas ao ensino e à pesquisa, inclusive com as de direito privado a elas vinculadas.

§ 3º No caso de descumprimento da obrigação prevista no caput e no § 1º deste artigo, o infrator perderá o cargo, sem prejuízo de responder as ações cíveis e penais cabíveis.

Art. 14. Até um ano após deixar o cargo, é vedado ao ex-dirigente representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência.

Parágrafo único. Durante o prazo estabelecido no caput é vedado, ainda, ao ex-dirigente, utilizar em benefício próprio informações privilegiadas obtidas em decorrência do cargo exercido, sob pena de incorrer em ato de improbidade administrativa. (BRASIL(c), 1999, p.)

Código de Saúde do Estado do Paraná, Lei Estadual nº 13.331 de 23 de novembro de 2001:

Art. 26. É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia, direção, assessoramento ou fiscalização na área pública da saúde, em qualquer nível, de proprietário, funcionário, sócio ou pessoa que exerça a função de direção, gerência ou administração de entidades privadas que mantenham contratos ou convênios com o SUS. (PARANÁ (q), 2002, p. 15)

Algumas profissões também possuem restrições nos respectivos Códigos de Ética ao exercício da profissão aos que exercem fiscalização em órgãos públicos:

Código de ética do Médico Veterinário:

Art. 27. É vedado ao médico veterinário que assuma RT exercê-la nos estabelecimentos de qualquer espécie, sujeitos à fiscalização e/ou inspeção de órgão público oficial, no qual exerça cargo, emprego ou função, com atribuições de fiscalização e/ou inspeção. (CFMV, 202, p. 162)

Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

Art. 13 - É proibido ao farmacêutico:

XXVI. Exercer a fiscalização profissional e sanitária, quando for sócio ou acionista de qualquer categoria, ou interessado por qualquer forma, bem como prestar serviços a empresa ou estabelecimento que explore o comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, laboratórios, distribuidoras, indústrias, com ou sem vínculo empregatício. (CFF, 2004, p.306)

Aos que exercem funções públicas se aplica a Lei nº 8.429 - de 2 de junho de 1992 - Lei da Improbidade Administrativa, especialmente quanto aos artigos 4º e 11:

Art. 4º Os agentes públicos de qualquer nível ou hierarquia são obrigados a velar pela estrita observância dos princípios de legalidade, impessoabilidade, moralidade e publicidade no trato dos assuntos que lhe são afetos.

SEÇÃO III - DOS ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA QUE ATENTAM CONTRA OS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Art. 11. Constitui ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições, e notadamente:

I - praticar ato visando fim proibido em lei ou regulamento ou diverso daquele previsto, na regra de competência;

II - retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício; (BRASIL (f), 1992, p. 6993)

Desta forma, o exercício de funções que demandam poder de polícia implica em responsabilidades e limitações que muitas vezes inibem a contratação e manutenção de profissionais na área, especialmente quando não há a previsão de benefício financeiro para a permanência desses técnicos em funções que exigem a dedicação exclusiva.

Este benefício financeiro estava previsto no Decreto Federal nº 49.974-A de 21 de janeiro de 1961, o qual regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde:

Capítulo IV

Tempo integral

Art. 110. A aplicação do regime de tempo integral imposto pelo art. 25 da Lei nº 2.312, de 3-9-54, tem por fim possibilitar a indispensável dedicação exclusiva dos técnicos dos serviços de saúde no desempenho de suas atribuições. (...)

Art. 112. O servidor sujeito ao regime de tempo integral, não poderá exercer cumulativamente cargo, empregos ou funções, bem como qualquer outra atividade pública ou privada.

Parágrafo único. Não se incluem na incompatibilidade prevista neste artigo as atividades que, sem caráter de emprego se destinam à difusão e

aplicação de idéias em conhecimentos; a prestação de assistência a outros serviços visando à aplicação de conhecimentos científicos quando solicitados através da direção da repartição a que pertence o servidor.

(...) Art. 114. O servidor que optar pelo regime de tempo integral assinará termo de compromisso em que declare vincular-se ao regime de cumprir as condições inerentes ao mesmo, fazendo jus aos benefícios do regime enquanto nele permanecer, ressalvada a hipótese de aposentadoria.

Art. 115. O servidor que para optar pelo regime de tempo integral, for obrigado a desacomular terá, como gratificação, importância não inferior à do vencimento do cargo desacomulado.

Art. 116. O servidor em regime de tempo integral perceberá uma gratificação sob forma de acréscimo proporcional ao nível de vencimento do seu cargo, calculada de acordo com o tempo de efetivo exercício nesse regime, na forma da seguinte tabela: até 10 anos 75%; de 10 a 20 anos 100% e mais de 20 anos 125%.

Parágrafo único. A gratificação prevista neste artigo será mantida para o servidor em regime de tempo integral que exercer cargo isolado de provimento em comissão ou função gratificada, desde que de natureza correlata às atribuições de seu cargo efetivo, e será calculada na base dos vencimentos deste, respeitadas as obrigações inerentes ao regime. (BRASIL(ap), 1961)

4.3. LOCALIZAÇÃO REGIONAL DOS MUNICÍPIOS

Neste ponto será explanado sobre a região sudoeste, a sua caracterização, o seu perfil sócio-econômico e o perfil sócio-cultural, como os municípios pactuaram a organização do Sistema Único Municipal.

4.3.1 A Região Sudoeste do Paraná

A 8ª Regional de Saúde é composta por 27 municípios, e está localizada na região sudoeste do Estado do Paraná (fig. 8 no ponto 3.5 e quadro 10)

a) Caracterização da região sudoeste

O Sudoeste do Paraná, composto por 42 municípios, está localizado à margem esquerda do Rio Iguaçu, fazendo fronteira a Oeste com a Argentina, a Sul com Santa Catarina e a Leste com Manguaçu, Clevelândia e Palmas. Com 18.030.55 Km², 8,84 por cento da área do Paraná, região situa-se no terceiro Planalto Paranaense. (PARANÁ(m), 2009, p.1)

b) O Ambiente Sócio-econômico

Quanto ao perfil econômico da região, a região sudoeste do Paraná, tem caráter eminentemente agrícola, com focos de indústria primária, com destaque para

a alimentícia relacionada à produção avícola em Francisco Beltrão, Dois Vizinhos, Capanema, de laticínios, e derivados da carne, indústria do vestuário, moveleira, de alumínio, serviços e comércio. (DIÁRIO DO SUDOESTE, 2009, p. 15 e seg.) Dos 27 municípios da região, 5 municípios possuem IDH-M superior à média do Paraná (IDH Paraná 2000 = 0,787) e 22 municípios estão abaixo dessa média.

Quadro 10. Identificação dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde.

Indicadores Município	População Residente			Área Km²	IDH-M 2000 ³	Taxa Alfabetização 15 a 24 anos (2000) ⁴	Acesso a água encanada 2000 ⁴
	Urbana ²	Rural ²	Total ¹				
Ampére	11.763	5.908	18040	98	0,793	97,9%	64,3%
Barracão	5.614	3.318	9265	164	0,764	97,9%	58,6%
Bela Vista da Caroba	677	3.354	4175	148	0,738	98,4%	22,4%
Boa Esperança do Iguaçu	450	2.031	2898	152	0,741	98,6%	27,3%
Bom Jesus do Sul	347	3.422	3876	174	0,696	97,3%	18,0%
Capanema	8.821	8.458	18681	419	0,803	97,6%	58,9%
Cruzeiro do Iguaçu	1.855	1.823	4224	161	0,737	100,0%	51,2%
Dois Vizinhos	22.866	9.808	35704	418	0,773	98,2%	70,0%
Enéas Marques	1.069	4.400	6069	192	0,782	100,0%	25,1%
Flor da Serra do Sul	573	4.344	4728	255	0,732	96,0%	18,6%
Francisco Beltrão	58.901	13.213	76306	735	0,791	98,5%	79,0%
Manfrinópolis	335	2.507	3286	216	0,710	98,3%	13,1%
Marmeleiro	6.635	6.015	13464	388	0,753	97,5%	49,7%
Nova Esperança do Sudoeste	1.197	3.946	5334	208	0,722	98,3%	22,5%
Nova Prata do Iguaçu	4.783	4.581	10824	353	0,754	97,6%	48,4%
Pérola d'Oeste	2.331	3.968	7201	206	0,759	99,5%	47,7%
Pinhal de São Bento	666	1.649	2598	97	0,708	97,0%	27,6%
Planalto	4.531	8.765	13979	346	0,763	98,1%	42,9%
Pranchita	2.756	2.698	5877	226	0,803	97,5%	53,5%
Realeza	9.358	5.710	16287	353	0,783	97,9%	65,3%
Renascença	2.720	3.742	6937	425	0,746	98,1%	45,7%
Salgado Filho	1.810	2.671	4658	183	0,759	97,8%	40,7%
Salto do Lontra	5.195	6.632	12825	313	0,760	97,0%	42,1%
Santa Izabel do Oeste	5.365	5.664	11746	321	0,767	96,0%	46,6
Santo Antônio do Sudoeste	11.030	7.199	19383	326	0,715	96,1%	60,2%
São Jorge d'Oeste	4.091	4.351	9195	379	0,792	97,7%	47,6%
Verê	2.588	4.866	8080	312	0,774	97,9%	39,6%
Total	178.327	135.043	335640	7.568	-	-	-

Fontes: ¹ (BRASIL(ar) 2009) – Consulta estimativa população 2009; ²(PARANÁ(k), 2009) - Consulta estimativa população 2007; ³ (AMPR, 2009); ⁴(ORBIS, 2009, p. 1)

A história de ocupação econômica da região traduz-se num mosaico extremamente diversificado tanto em termos de paisagens naturais, na estrutura fundiária das suas terras agricultáveis, na distribuição étnico-cultural da sua população, assim como na relação do espaço urbano com o rural. A região apresenta ainda uma das maiores taxas do Paraná em termos de quantidade de pessoas que vivem nas áreas rurais, onde uma das principais características é a intensa atividade associativista, com produção de grãos e pecuária. Aproximadamente 90% das propriedades apresentam área que variam entre 15 e 45 hectares, caracterizando-se como pequenas e médias propriedades rurais. As principais atividades agrícolas desenvolvidas na região se referem à produção de culturas cíclicas, como o milho, soja, feijão, trigo, mandioca, arroz e aveia, entre outras; a produção animal, representada por bovinos, suínos, bufalinos, ovinos, caprinos, aves, leite, lã, bicho da seda e mel e mais recentemente a fruticultura.

A gestão familiar, o uso de sistemas alternativos e a diversificação da produção envolvem uma mistura de tecnologias e equipamentos que juntam o passado e o presente. O uso da força animal, assim como de equipamentos rústicos utilizados pelos pioneiros ainda podem ser verificados em muitas propriedades. A produção caseira de sub produtos de origem animal, como embutidos, salames, queijos, etc., bem como de elementos vegetais diversificados com destaque para doces, conservas, vinhos, cachaças etc., produzidos de uma forma artesanal por membros da própria família e com conhecimentos adquiridos dos seus ancestrais, demonstram toda exuberância e riqueza social e cultural destas áreas, como um atrativo à parte no contexto rural do Sudoeste. (PARANÁ(m), 2009, p.2)

c) A História e a Cultura

Em 1853, na da criação da Província do Paraná, a disputa do território que corresponde a região Sudoeste dá-se entre Santa Catarina e Paraná. Os dois Estados reivindicaram a posse dessa rica e fértil região. Depois da Guerra do Contestado, os dois Estados assinaram o acordo de fronteira, então a região só passou a pertencer ao Estado do Paraná após a assinatura do acordo de 20 de outubro de 1916.

A partir de 1940 o Sudoeste passou a experimentar um processo de colonização extraordinariamente acelerado, graças ao pioneirismo de gaúchos e catarinense.

A língua, através dos dialetos, ainda é fluentemente usada nas áreas rurais, principalmente entre os mais velhos. Além disso, pode-se verificar a riqueza dos costumes, gastronomia, festas e jogos, típicos das pequenas comunidades interioranas, com sua singeleza e bucolismo.

A história das propriedades rurais é marcada por conflitos em defesa da terra. "O levante dos posseiros", onde colonos armados lutaram contra grande grupo de jagunços, se transformou num marco para a atual estrutura fundiária, organização social e política desta região. (PARANÁ(m), 2009, p.1)

Esta região foi colonizada principalmente por descendentes de imigrantes Europeus, com predominância de Italianos (50,3%), Alemães (15,6%), Poloneses (8,1%), Lusos Brasileiros (19,3%) e outros (6,7%), vindos do Rio Grande do Sul (53,6%), Santa Catarina (22,4%) e Paraná (21,0%) a partir de 1940. (MASUTTI, 1998)

d) O Ambiente sócio-cultural

A peculiaridade do Sudoeste é singular, possuindo riquezas sociais, culturais e ambientais que mantêm vivos aspectos da história da ocupação regional e, por isso mesmo, são um dos elos de ligação entre o passado e o presente.

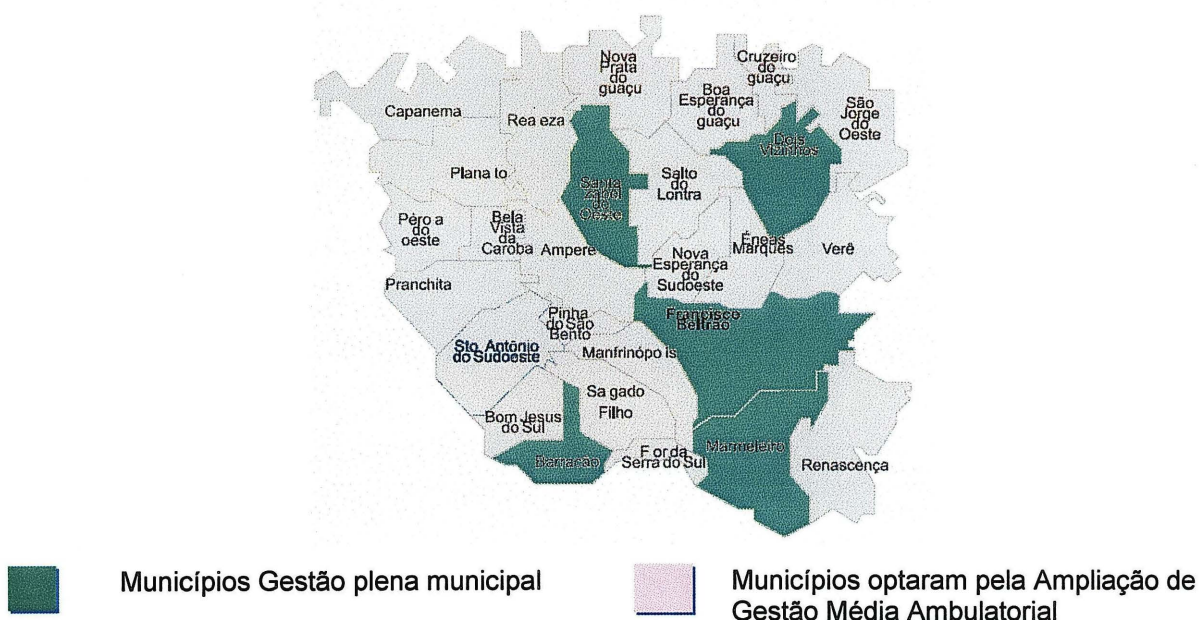
As baixas taxas de urbanização, a configuração espacial centrada em pequenos núcleos comunitários e um certo isolamento das principais vias de acesso regionais proporcionou, a estas áreas, um contexto diferenciado em termos de organizações sociais, diferentes dos municípios maiores.

São comunidades que, apesar da modernidade em certos aspectos, ainda mantêm vivos vários elementos básicos da estrutura social, costumes e hábitos adquiridos dos migrantes e pioneiros que se estabeleceram há mais de meio século passado. A religiosidade, as diversões e os jogos, a gastronomia colonial, a língua dos antepassados, tudo faz parte do contexto de um ambiente nostálgico e real que, em poucos lugares do Paraná podem ser encontrado. (PARANÁ(m), 2009, p.2)

4.3.2 Situação quanto à pactuação na área de Saúde

Dos 27 municípios da 8ª RS, 05 municípios já se encontravam ou aderiram a Gestão Plena Municipal, e 22 municípios optaram pela Ampliação de Gestão Média Ambulatorial conforme o Pacto pela Saúde 2006, Portaria GM/MS nº 477 de 13/03/2008.

Fig. 9. Identificação da pactuação dos municípios



Fonte: (PARANÁ(m), 2009, p.5)

Na Atenção Básica, se encontra organizado da seguinte forma na 8ª Regional de Saúde:

Número de Equipes de Agentes Comunitário de Saúde - 10 – com 81 Agentes Comunitários de Saúde
 Total de agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família – 488
 Total geral de Agentes Comunitários de Saúde – 569
 Formação Inicial de Agentes Comunitários de Saúde – 330 – 58%
 EPEN – Centro de Detenção e Ressocialização – CDR de Francisco Beltrão
 Fonte: (PARANÁ(m), 2009, p.6)

Quanto a Assistência Farmacêutica pelo SUS :

Farmácia Regional de Medicamentos Especiais: 01
 Nº pacientes ativos: 1.541
 Média mensal de 44 novos pacientes
 27 Municípios: 26 aderiram ao Consorcio Paraná Saúde para a assistência Farmacêutica Básica
 Farmácias Municipais: 29
 Farmacêuticos: 21 (PARANÁ(m), 2009, p.6)

Hospitais Privados/Conveniados SUS: 19
 Hospitais Municipais: 02
 Unidades de Diagnóstico e Terapia:
 SUS: 70
 Particulares: 65
 Unidades de Vigilância Epidemiológica e/ou Sanitária: 28
 Ambulatórios de Abordagem e Tratamento do Tabagismo: 09 (PARANÁ(m), 2009, p.6)

Quadro 11. Número de Estabelecimento por tipo de Prestador

Tipo de prestador	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Número	220	21	367	02	610

Fonte: (PARANÁ(m), 2009, p.6)

Quadro 12. Número de Estabelecimentos por tipo de Gestão

Tipo de Gestão	Dupla	Estadual	Municipal	Sem gestão *	Total
Número	46	24	536	4	610

Fonte: (PARANÁ(m), 2009, p.6) * Sem gestão: falha de informação no Cadastro

Segundo o levantamento de estabelecimentos de interesse à vigilância Sanitária de 2007, havia 812 estabelecimentos de média e alta complexidade, distribuídos entre hospitais, clínicas, centros de saúde, farmácias, indústrias de alimentos, distribuidoras, entre outros, e um grupo de 2878 estabelecimentos ou ações programáticas da Vigilância Sanitária Básica. (PARANÁ(r), 2009, pasta 12.4)

4.4. SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EXISTENTES NOS MUNICÍPIOS

Neste ponto será explanado sobre a inserção organizacional dos serviços de Vigilância em Saúde e aspectos de organização administrativa nos municípios; quais serviços existem e como os estão instalados nos municípios, e Controle Social. Na 8ª RS, há serviços de Vigilância em Saúde em todos os municípios.

4.4.1 Inserção organizacional da Vigilância em Saúde

Neste ponto será avaliado quanto à organização formal das secretarias municipais de saúde, especialmente relacionada à Vigilância em Saúde.

a) Quanto à organização formal da secretaria municipal de saúde, ocorreram as seguintes respostas:

Gráfico 5. Organograma funcional do órgão gestor de saúde municipal (secretaria)

	Qtd	Qtd %
Possui	8	32 %
Não possui	14	56 %
Não sabe informar/Não respondeu	3	12%
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Na orientação do questionário foi considerado formal, quando a área de Vigilância em Saúde se encontra prevista no organograma e informal, quando não se encontra prevista no organograma. Alguns municípios informaram não possuir ou executar atividades em uma ou mais áreas.

Quanto ao maior nível de organização da Secretaria Municipal e Saúde, a maioria se organiza na forma de Secretaria Municipal de Saúde, havendo alguns municípios, de porte reduzido, que se encontram na forma de departamento:

Gráfico 6. Maior nível da área de Saúde:

	Qtd	Qtd %
Secretaria de Saúde (Secretário(a))	19	76 %
Departamento de Saúde	5	20 %
Fichas Preenchidas	24	96 %
Não responderam	1	4 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Quanto ao nível de organização que se encontra a Vigilância em Saúde Municipal, está já é mais variada, conforme pode ser observado no gráfico 7:

Gráfico 7. Nível que se encontra a área de Vigilância em Saúde

	Qtd	Qtd %
Departamento	6	24 %
Coordenação de área	6	24 %
Divisão	3	12 %
Coordenação de Setor	3	12 %
Seção	3	12 %
Serviço informal (não consta no organograma)	3	12 %
Fichas Preenchidas	24	96 %
Não responderam	1	4 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

- c) Quanto à estrutura formal das áreas de Vigilância em Saúde.
- Quanto à organização formal da área de Vigilância em Saúde apenas um município respondeu possuir organização formal para a área como um todo, porém no levantamento constata-se haver mais municípios (ver gráfico 13).

A estruturação formal nesta área não é igual para todos os segmentos da Vigilância em Saúde, conforme pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 8. Formalidade, informalidade e/ou inexistência dos serviços de Vigilância em Saúde:

Vigilância ambiental:		Qtd	Qtd %
Estrutura Formal		10	40 %
Estrutura Informal		8	32 %
Não possui / executa a área/serviço		5	20 %
Não sabe informar		2	8 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Vigilância Epidemiológica:		Qtd	Qtd %
Estrutura Formal		16	64 %
Estrutura Informal		8	32 %
Não sabe informar		1	4 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Vigilância Sanitária:		Qtd	Qtd %
Estrutura Formal		16	64 %
Estrutura Informal		9	36 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Vigilância em Saúde do Trabalhador		Qtd	Qtd %
Estrutura Formal		8	32 %
Estrutura Informal		14	56 %
Não sabe informar		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Vigilância Nutricional:		Qtd	Qtd %
Estrutura Formal		7	28 %
Estrutura Informal		12	48 %
Não possui / executa a área/serviço		4	16 %
Não sabe informar		2	8 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Quanto aos motivos que levam a não possuírem estrutura formal ou de alguma área da Vigilância em Saúde foram obtidas as seguintes respostas:

Gráfico 9. Motivos para não possuir estrutura formal ou não executar atividade de uma área:

	Qtd	Qtd %
Não possui técnicos na área		8 32 %
Não possui capacidade técnica para esta área;		3 12 %
Não possui atividades que necessitam da área		1 4 %
Limitações orçamentárias;		5 20 %
Outro motivo:		4 16 %
Não sabe/não responderam		11 44 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Os serviços de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária aparecem com maior descentralização e compreensão da sua existência nos municípios. São as áreas que sofreram processos formais de descentralização e com certificação de suas atividades.

Já os serviços de Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional não são tão bem estruturados.

A situação individual de cada município se encontra no quadro 13, onde se observa melhor a percepção de cada município quanto a formalidade e a existência dos serviços de Vigilância em Saúde:

Quadro 13. Situação dos Serviços de Vigilância em Saúde nos municípios

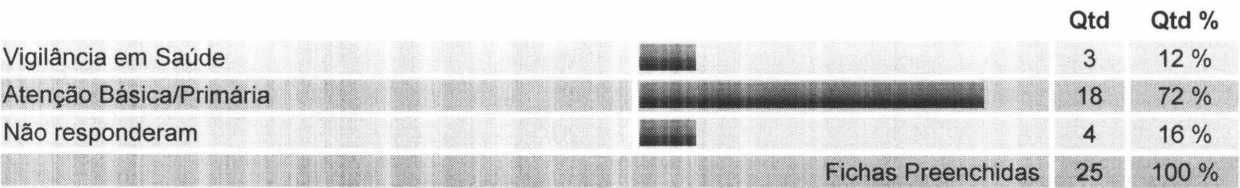
Município	Áreas VS	Vigilância Ambiental em Saúde	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Sanitária	Vigilância em Saúde do Trabalhador	Vigilância Nutricional
Ampére		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Barracão		Informal	Formal	Formal	Informal	Informal
Bela Vista da Caroba		Não soube informar	Formal	Formal	Não soube informar	Não soube informar
Boa Esperança do Iguaçu		Informal	Formal	Formal	Informal	Informal
Bom Jesus do Sul		Informal	Formal	Formal	Informal	Informal
Capanema		Não possui/ executa	Informal	Informal	Informal	Não possui/ executa
Cruzeiro do Iguaçu		Informal	Formal	Formal	Informal	Informal
Dois Vizinhos		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Enéas Marques		Formal	Formal	Formal	Informal	Não possui/ executa
Flor da Serra do Sul		Não soube informar	Formal	Formal	Não soube informar	Informal
Francisco Beltrão		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Manfrinópolis *		-	-	-	-	-
Marmeleiro		Formal	Formal	Formal	Formal	Informal
Nova Esperança do S'O		Não possui/ executa	Informal	Informal	Informal	Não possui/ executa
Nova Prata do Iguaçu		Não possui/ executa	Formal	Formal	Informal	Informal
Pérola d'Oeste		Informal	Informal	Informal	Informal	Informal
Pinhal de São Bento		Informal	Informal	Informal	Informal	Não possui/ executa
Planalto		Informal	Formal	Formal	Informal	Formal
Pranchita		Informal	Informal	Informal	Informal	Informal
Realeza		Informal	Formal	Informal	Informal	Informal
Renascença		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Salgado Filho		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Salto do Lontra *		-	-	-	-	-
Santa Izabel do Oeste		Formal	Formal	Formal	Formal	Formal
Santo Antônio do Sudoeste		Não possui/ executa	Informal	Informal	Informal	Não possui/ executa
São Jorge d'Oeste		Formal	Formal	Formal	Informal	Informal
Verê		Informal	Informal	Informal	Informal	Não possui/ executa

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios. * Não responderam ao Questionário

Em alguns casos a resposta dos municípios ao questionário diverge da documentação presente no cadastro da 8ª Regional de Saúde, onde há documentos de criação formal da área de Vigilância Sanitária, ou, ao contrário, estes estão ausentes, conforme pode ser verificado no quadro da estrutura legal da Vigilância Sanitária.

Quanto a qual área a Vigilância Nutricional está relacionada, foram obtidas as seguintes respostas

Gráfico 10. Área da Saúde a qual estão vinculadas as atividades de Vigilância Nutricional

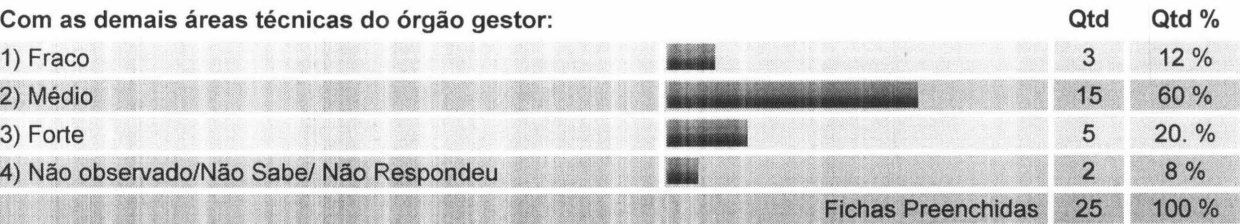
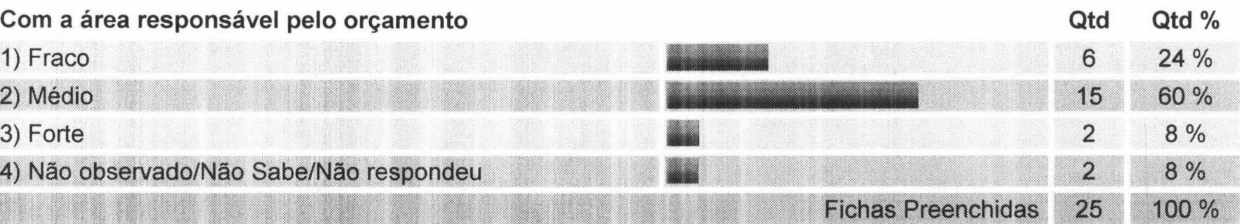


Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Desta forma fica claro que também nos municípios essa área se encontra preponderantemente no campo de ação da Atenção Básica/Primária.

b) Relacionamentos com setores da Secretaria Municipal de Saúde e com o Estado.

Gráfico 11. Grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto entre as áreas de vigilância em saúde e a área responsável pelo orçamento e demais áreas técnicas:



Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Nos municípios prevalece uma relação média com a área de orçamento municipal e uma relação de médio à forte com as demais áreas técnicas, facilitada pela proximidade.

Gráfico 12. Grau de intensidade da cooperação técnica, entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, na área de vigilância em saúde:

		Qtd	Qtd %
1) Fraco		1	4 %
2) Médio		14	56 %
3) Forte		7	28 %
4) Não observado/Não Sabe/Não respondeu		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Quanto a relação com a 8ª Regional de Saúde, que representa a Secretaria de Estado de Saúde na região, prevalece a relação média e forte, mesmo com as deficiências de estrutura da 8ª RS.

4.4.2 Quanto à Forma de Organização Administrativa da Vigilância em Saúde.

Na resposta aos questionários de pesquisa de campo, constatou-se que dos 27 municípios da região, apenas 7 municípios responderam possuir estrutura Única e agrupada, podendo ou não levar o nome de Vigilância em Saúde.

Gráfico 13. Estruturação da área de Vigilância em Saúde nos municípios:

		Qtd	Qtd %
a) De forma única e agrupada (Um setor específico de Vigilância em Saúde, com as áreas relacionadas integradas em um único departamento, divisão, setor, seção, com hierarquia)		5	20 %
b) De forma única e segmentada (Um setor específico de Vigilância em Saúde, com as áreas relacionadas integradas de forma hierárquica à mesma)		2	8 %
c) De forma segmentada: as áreas de vigilância em saúde estão divididas entre as suas diferentes áreas. Não há setor formal de Vigilância em Saúde.		18	72 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Somente os municípios de Cruzeiro do Iguaçu, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Pérola D'Oeste, Pinhal de São Bento e Santa Izabel D'Oeste declararam no questionário, ou em contato telefônico complementar, que as áreas que compõem a Vigilância em Saúde se encontram organizadas de forma agrupada.







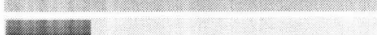
Nas demais as áreas que compõem a Vigilância em Saúde se encontram de forma segmentada, não havendo um setor formal de Vigilância em Saúde, estando subordinadas a uma secretaria ou departamento de saúde. Há um caso em que o organograma enviado pelo município aparece de forma agrupada como

departamento de vigilâncias e mesmo respondeu que as vigilâncias se encontram de forma segmentada.

4.4.3 Quanto à inserção da Vigilância em Saúde na gestão municipal:

No Sistema Único de Saúde foram desenvolvidos vários instrumentos para organização de gestão, bem como financiamento para execução das atividades, conforme já explanado anteriormente. Busca-se neste ponto observar como a Vigilância em Saúde está inserida nesse processo, sendo obtidas as seguintes respostas:




Gráfico 14. Instrumentos de gestão utilizados pelos municípios no processo de planejamento da área de Vigilância em Saúde:

		Qtd	Qtd %
1) Plano Estadual ou Municipal de Saúde		21	88 %
2) Relatório de avaliação ou de gestão		17	68 %
3) Programação anual		15	60 %
4) Relatório de acompanhamento ou de gestão		16	64 %
5) Indicadores do Pacto pela Saúde		20	80 %
6) Programação Pactuada Integrada/Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde		21	88 %
7) Outro (citados PPA, LOA, planejamento municipal)		5	20 %
Fichas Preenchidas		23	92 %
Não responderam		2	8 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Dos instrumentos de Gestão merece maior importância o Plano Municipal de Saúde, que assim o Plano Plurianual (PPA), indica as diretrizes de organização do município na área de saúde para cada gestão. Neste ponto foram obtidas as seguintes respostas:

Gráfico 15. Como as ações de Vigilância em Saúde estão contempladas no Plano Municipal de Saúde.

		Qtd	Qtd %
2 Contempladas de forma genérica		8	32 %
3 Contempladas de forma descritiva para cada área da vigilância em saúde		14	56 %
4 Não sabe informar/não respondeu		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

4.4.4 Controle Social da Vigilância em Saúde

A criação de câmaras técnicas ou comissões intersetoriais é recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, e têm como base os artigos 12 e 13 da Lei Federal nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Das respostas à pergunta se nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) havia câmara técnica de Vigilância em Saúde, foram obtidas as seguintes respostas:

Gráfico 16. Existência de Câmaras ou comissões técnicas de Vigilância em Saúde nos CMS

	Qtd	Qtd %
1) Sim (possui câmara ou comissão técnica)	8	32 %
2) Não possui câmara ou comissão técnica	15	60 %
Não responderam	2	8 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

A existência de câmaras ou comissões técnicas de Vigilância em Saúde nos conselhos municipais de saúde ajudaria a dar maior visibilidade às ações nessa área aos representantes dos usuários.

Nas pesquisas de opinião realizadas com usuários do SUS, a vacinação é o único ponto relacionado à Vigilância em Saúde que é lembrado pela população na prestação de serviços do SUS. As demais exigências dos usuários estão centradas na assistência em saúde. (CONASS(d), 2003, p.18)

4.5. ESTRUTURA ATUAL DOS ÓRGÃOS DE VIGILÂNCIA PESQUISADOS

Neste ponto será apresentada a estrutura de Vigilância em Saúde na 8ª Regional de Saúde e nos municípios.

A situação da 8ª Regional de Saúde será apresentada de forma única agrupando-se todos os pontos da entrevista.

Os dados dos municípios serão apresentados para cada área da Vigilância em Saúde, de forma geral para todos os municípios, com algumas avaliações específicas.

Dessa forma, a estrutura dos municípios será apresentada para a Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

Os dados abaixo apresentados foram obtidos com a aplicação do questionário de pesquisa de campo “Levantamento Vigilância em Saúde na abrangência da 8ª Regional de Saúde – Municípios” para obter dados atualizados, considerando a recente mudança de gestores, que normalmente ocasiona reflexos nas respectivas equipes de saúde. Também foram buscados documentos de pactuação nos arquivos da 8ª Regional de Saúde.

4.5.1 A Vigilância em Saúde na 8ª Regional de Saúde

Os dados descritos abaixo foram obtidos com a entrevista com a gestora da área de Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, utilizando-se o mesmo questionário aplicado aos municípios como base. A entrevista foi complementada com a técnica responsável pela Vigilância Alimentar e Nutricional na Seção de Atenção Primária em Saúde.

a) Inserção Organizacional

A Vigilância em Saúde na 8ª Regional de Saúde (8ª RS) está instalada em um único setor, em duas salas, na forma de Seção de Vigilância em Saúde (SCVGS/8ª RS), hierarquicamente vinculada a Divisão de Atenção Saúde (DVASA). A estrutura da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) são atualmente informais.

A Vigilância Nutricional (VN) na 8ª RS se encontra na Seção de Atenção Primária (SCAPS/8ª RS). A técnica responsável pela Vigilância Nutricional considerou como inadequada praticamente todos os aspectos em termos de infraestrutura para essa área, inclusive de recursos humanos, informática, equipamentos, entre outros aspectos.

A Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde possui um fraco relacionamento com a área orçamentária do Estado. Pode-se observar no Quadro 4, no ponto 2. Revisão Bibliográfica, que a área de Vigilância Sanitária não está

prevista no orçamento do Estado do Paraná. Também foi considerado fraco o relacionamento com os demais setores do órgão.

Quanto a relação do órgão com os municípios, a gestora da Vigilância em Saúde considerou o relacionamento como forte.

b) Inserção no processo de gestão

A gestora da SCVGS conhece ou participa na elaboração de todos os instrumentos de gestão, se encontrando as ações da área de Vigilância em Saúde contempladas de forma descritiva no Plano Estadual de Saúde.

Quanto aos repasses de recursos para financiamento aos municípios considerou o seguinte:

Quadro 14. Opinião da SCVGS/8ª RS quanto ao financiamento da Vigilância em Saúde:

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN
1. Repasses Federais	Adequado	Razoavelmente adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado
2. Repasses Estaduais	Adequado	Razoavelmente adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado
3. Gastos Municipais (recursos próprios)	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado

Fonte: pesquisa de campo do autor

c) Adequação em termos de infra-estrutura e suprimento logístico

Segundo a gestora da SCVGS/8ª RS, a estrutura de espaço físico, equipamentos, insumos, e veículos são, para a maioria das áreas, razoavelmente adequadas. A vigilância ambiental em saúde possui mais problemas com móveis, utensílios e veículo, considerados como inadequados.

Quanto aos equipamentos e insumos de apoio, se observam que possui a maior parte dos equipamentos mínimos necessários para realizar as suas atividades, inclusive alguns pouco comuns nos municípios, como grupo gerador, entre outros. Por problemas com a estrutura física não possui mais os equipamentos básicos para o programa nacional de combate à dengue (PNCD), que retornaram à central logística do programa em Maringá, até que seja providenciado local adequado a esse fim. Na Vigilância da Qualidade da água, possui todos os equipamentos e

inclusive laboratório próprio instalado na 8ª RS, o qual é vinculado tecnicamente ao LACEN/PR. Não há equipamentos para inspeção na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Quanto ao apoio laboratorial, se apresenta no quadro abaixo:

Quadro 15. Avaliação da SCVGS/8ª RS quanto ao apoio laboratorial:

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN
Apoio Laboratorial	Adequado	Inadequado	Adequado	Adequado	Inadequado

Fonte: pesquisa de campo do autor

Os pontos apontados como preponderante para a qualificação de inadequados são a demora no retorno nos resultados; fluxo do processo inadequado; extravio de resultados.

Quanto a disponibilidade de equipamentos informática, a SCVGS/8ª considerou adequada para as suas áreas. Para a área de Vigilância Nutricional, foi considerada inadequada pela técnica responsável.

d) Recursos Humanos

Contando a equipe de laboratório de água, a SCVGS/8ª RS conta com 14 servidores lotados no setor e um farmacêutico, Chefe de Divisão de Informação e Análise da Situação, que acumula a função de coordenador do laboratório de água. Quanto aos recursos humanos da área, com exceção de uma estagiária, todos os demais são funcionários do quadro funcional (estatutários) do Estado (10) ou da Fundação Nacional de Saúde (04), sendo 06 (seis) do sexo masculino e 08 (oito) do sexo feminino.

Foi relatado pela gestora da SCVGS/8ª RS que os profissionais acumulam atividades, especialmente no serviço de vigilância epidemiológica, onde há vários programas e têm dificuldade em prestar assessoria e supervisão de atividades nos municípios face à baixa relação entre número de servidores por municípios. Na área de vigilância sanitária não possui farmacêutico, odontólogo, entre outros profissionais, para realização de inspeções em caráter suplementar/complementar e supervisionar as respectivas áreas. Falta também engenheiro ou arquiteto para a análise de projetos em caráter complementar/ suplementar aos municípios, que na sua maioria não possuem esse profissional, entre outros profissionais. Parte dos

servidores existentes atua também na Vigilância Ambiental em Saúde. Na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador não possui pessoal especificamente alocado, estando os funcionários que executam essa atividade acumulando outras funções. Também não possui profissionais de nível superior para esta área e nem equipamentos para inspeção de ambientes de trabalho. Na área de Vigilância Ambiental em Saúde também não possui profissionais de nível superior especificamente designado para essa função.

Quanto ao tempo de atuação na área de Vigilância em Saúde, os profissionais podem ser considerados mais experientes, conforme quadro abaixo:

Quadro 16. Tempo médio de trabalho na área de Vigilância em Saúde da 8ª RS:

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN	Observações
1) Pessoas com até um ano de atuação		01				Alguns servidores atuam em mais de uma área
2) Pessoas com mais de um ano e até cinco anos						
3) Pessoas com mais de cinco e até dez anos	01		01			
4) Pessoas com mais de dez anos até 20 anos	01	03	01		01	
6) Pessoas com mais de 20 anos	04		02	01		

Fonte: pesquisa de campo do autor

O quadro de pessoal, especialmente na Vigilância Epidemiológica, já se encontra, em sua maioria, próximos ou já possuem tempo de serviço suficiente para se aposentarem como pode ser observado no quadro 17:

Quadro 17. Faixa etária dos técnicos que atuam na SCVGS/8ª RS

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN	Observações
4) De 41 a 59 anos	05	05	04	01	01	Alguns servidores atuam em mais de uma área
5) Acima de 60 anos	01					

Fonte: pesquisa de campo do autor

Quanto à formação dos técnicos que atuam na SCVGS/8ª RS, pode ser constatada no quadro abaixo:

Quadro 18. Nível de formação dos técnicos que atuam na SCVGS/8ª RS

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN	Observações
4) Médio completo	03	01	01	01		Alguns servidores atuam em mais de uma área
6) Superior completo	01	02				
7) Especialização na área de Vigilância em Saúde	01		02			
8) Especialização em Saúde Pública						
9) Especialização em outras áreas		01	02		01	

Fonte: pesquisa de campo do autor

Quanto à nomeação (investidura legal) como autoridade sanitária, os técnicos da Vigilância Sanitária e alguns da Vigilância Ambiental possuem esta nomeação (na forma de identificação especial), conforme quadro abaixo:

Quadro 19. Nomeação como “autoridade sanitária” dos técnicos da SCVGS/8ª RS

Situação	VAS.	VE	VISA	VST	VN	Observações
Nº de Servidores nomeados	02		04	01		Alguns servidores atuam em mais de uma área
Nº de Servidores <u>que não estão</u> nomeados	03	05	01		01	

Fonte: pesquisa de campo pelo autor

Quanto aos profissionais de nível superior existentes na Vigilância em Saúde, SCVGS/8ª RS, incluindo o Laboratório de Água e técnica da Atenção Primária, está exposto no quadro abaixo:

Quadro 20. Profissionais de nível superior que atuam na SCVGS/8ª RS

	Total	Área de atuação (quantidade em cada área)					Exclusivo na Vigilância em Saúde?
Profissional	Nº Prof.	VAS.	VE	VISA	VST	VN	
09. Enfermeiro	02		01	01			(X)Sim () Não
16. Farmacêutico	01						() Sim (X) Não
22. Médico Veterinário	02			02			(X)Sim () Não
35. Outros: Assistente Social	02		01			01	() Sim (X) Não

Fonte: pesquisa de campo do autor

Quanto aos profissionais de nível médio, existentes na SCVGS/8ª RS, incluindo o Laboratório de Água, está exposto no quadro abaixo:

Quadro 21. Profissionais de nível médio ou elementar que atuam na SCVGS/8ª RS

		Área de atuação					Exclusivo na Vigilância em Saúde?
Profissional	Nº Prof.	VAS.	VE	VISA	VST	VN	
05. Assistente de Administração	01			01			(X)Sim
06. Auxiliar de Enfermagem	01		01				(X)Sim
07. Auxiliar de Administração	01		01				(X)Sim
09. Guarda de Endemias	04	03			01		(X)Sim
10. Inspetor Sanitário	02	01		01			(X)Sim
13. Técnico de Enfermagem	01		01				(X)Sim

Fonte: pesquisa de campo do autor

Quanto à avaliação da gestora da SCVGS/8ª RS e da técnica responsável pela Vigilância Nutricional, quanto à adequação dos recursos humanos, os mesmos estão expostos no quadro abaixo.

Quadro 22. Identificação das condições de R.H. para as atividades pactuadas

	VAS	VE	VISA	VST	VN
Situação	Adequado	Razoavelmente adequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado

Fonte: pesquisa de campo pelo autor na 8ª Regional de Saúde

4.5.2 Vigilância Ambiental em Saúde nos municípios

a) Adequação às estruturas e instruções normativas

Quanto à adequação da Vigilância Ambiental em Saúde, especificamente no campo da ação de combate a endemias, do Programa Nacional de Controle da Dengue, a situação dos municípios da região se encontra no quadro 23, onde pode ser observado que a maioria dos municípios possui equipe adequada para esse programa.

Quadro 23. Adequação ao PNCD para equipe endemias municipais

Município	Infestação ¹	Nº de imóveis (FAD 2008) ¹	Nº de agentes necessários PNCD	Nº de agentes existentes ^{2/3}	Equipe VAS atende ao PNCD?	Observação / Pendência
Ampére	NÃO	4.967	3 a 5	3	SIM	
Barracão	infestado	2.654	3	4	SIM	
Bela Vista da Caroba	NÃO	566	1	1	SIM	
Boa Esperança do Iguaçu	NÃO	422	1	1	SIM	
Bom Jesus do Sul	NÃO	393	1	1	SIM	
Capanema	infestado	4.746	5 a 6	3?	NÃO	Número de agentes
Cruzeiro do Iguaçu	NÃO	862	1	1	SIM	Município com pendência no FAD
Dois Vizinhos	infestado	10.499	10 a 13	8	NÃO	Número de agentes
Enéas Marques	NÃO	473	1	1	SIM	
Flor da Serra do Sul	NÃO	724	1	1	SIM	
Francisco Beltrão	infestado	23.957	24 a 30	25	SIM	
Manfrinópolis	NÃO	311	1	1	SIM	Município com pendência no FAD
Marmeleiro	NÃO	3.101	3 a 4	2	NÃO	Número de agentes
Nova Esperança do S'O	NÃO	617	1	1	SIM	
Nova Prata do Iguaçu	NÃO	2.193	2 a 3	3	SIM	
Pérola d'Oeste	NÃO	1.352	1 a 2	1	SIM	
Pinhal de São Bento	NÃO	510	1	1	SIM	
Planalto	infestado	2.712	3 a 4	3?	SIM?	Falta atualizar lista de agentes
Pranchita	infestado	1.706	2	2	SIM	
Realeza	infestado	4.836	5 a 6	3?	NÃO	Número de agentes
Renascença	NÃO	1.345	1 a 2	2	SIM	
Salgado Filho	NÃO	877	1	1	SIM	
Salto do Lontra	NÃO	2.234	2 a 3	3	SIM	
Santa Izabel do Oeste	NÃO	2.326	2 a 3	2	SIM	
Santo Antônio do Sudoeste	infestado	5.594	6 a 7	6	SIM	
São Jorge d'Oeste	NÃO	2.261	2 a 3	2	SIM	
Verê	NÃO	1.204	2	2	SIM	Município com pendência no FAD
Total						

Fontes: 1- (Sis)FAD; ² - pesquisa de campo do autor; ³(Paraná(z), 2009) Levantamento servidores municipais;

Praticamente todos os municípios da 8ª Regional têm executado ações nesta área, em maior ou menor grau, conforme resultados da PAVS 2008 (Programação de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde) - Resultados do PNCD da 8ª RS relativos ao ano 2008.(PARANÁ (r), 2009, pasta)

Quanto ao programa de Vigilância da Qualidade da Água, para a programação de 2008, deveriam realizadas de 48 análises (25 municípios) a 240 análises (2 municípios). Os Laboratórios de água também realizam análises para turbidez e flúor. Em Francisco Beltrão a análise de flúor está suspensa por quebra do equipamento.

Em 2008, dos 27 municípios da região, 9 (33,3%) atingiram a meta pactuada na programação de ações prioritárias da Vigilância em Saúde (item 4.2 - Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA). A meta foi prejudicada em grande parte pelo desabastecimento de reagentes no laboratório de água, por problemas de mercado e licitação no Estado. (PARANÁ(r), 2009). Em comparação com o número de amostras que foram encaminhadas em relação ao número de análises que foram disponibilizadas aos municípios, GAZZI (2009, p. 11), considera que “2 municípios (7,4%) tiveram uma participação reduzida, 11 municípios (40,7%) tiveram uma participação intermediária e 14 municípios (51,9%) tiveram uma participação ativa no programa.” (PARANÁ(t), 2009)

Os resultados individuais se encontram no Anexo V.

b) Estrutura física

Nessa área há uma maior percepção dos municípios quanto à inexistência de área específica ou com a mesma inadequada ou sem resposta. Normalmente essa área utiliza espaço em comum com a Vigilância Sanitária, pois na descentralização aos municípios, ocorreu de forma conjunta.

Gráfico 17. Situação do espaço de trabalho vigilância ambiental em saúde nos municípios

		Qtd	Qtd %
1. Inexistente		5	20 %
2. Inadequado		3	12 %
3. Razoavelmente adequado		9	36 %
4. Adequado		3	12 %
5. Não Respondeu		5	20 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

c) Equipamentos

Quanto aos equipamentos apresenta adequado para leitura de cloro, há carência de equipamentos para leitura de flúor, turbidez e para transporte e coleta de animais e insetos. Poucos municípios possuem equipamento de combate à dengue.

Gráfico 18. Equipamentos disponíveis para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios

Dosador de Cloro			Qtd	Qtd %
1. Não possui	<div></div>		1	4 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	<div></div>		20	80 %
3. Possui Inadequado/insuficiente à área;	<div></div>		1	4 %
4. Possui (compartilhado com SMS/RS);	<div></div>		2	8 %
Não respondeu	<div></div>		1	4 %
Fichas Preenchidas			25	100 %
Dosador de Flúor			Qtd	Qtd %
1. Não possui	<div></div>		17	68 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	<div></div>		5	20 %
Não respondeu	<div></div>		3	12 %
Fichas Preenchidas			25	100 %
Turbidímetro			Qtd	Qtd %
1. Não possui	<div></div>		16	64 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	<div></div>		6	24 %
Não respondeu	<div></div>		3	12 %
Fichas Preenchidas			25	100 %
Caixa coleta/Transporte animais peçonhentos			Qtd	Qtd %
1. Não possui	<div></div>		12	48 %
2. Adequado e específico para a área	<div></div>		6	24 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com área(s) da VS	<div></div>		1	4 %
Não respondeu	<div></div>		6	24 %
Fichas Preenchidas			25	100 %
Frascos coletas insetos			Qtd	Qtd %
1. Não possui	<div></div>		11	44 %
2. Adequada para a área	<div></div>		7	28 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com área(s) da VS;	<div></div>		1	4 %
Não respondeu	<div></div>		6	24 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

d) Apoio Laboratorial na área de Vigilância Ambiental em Saúde

Conforme pode ser observado no gráfico 19, alguns municípios não entenderam que há apoio laboratorial existente na área, pois há laboratório de água, laboratório para identificação de larvas do mosquito da dengue (*Aedes aegypti*) na região, e várias análises podem ser obtidas com o LACEN/PR, especialmente na investigação de surtos, e análises de solo contaminado.

Gráfico 19. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios

	Qtd	Qtd %
Inexistente	6	24 %
Inadequada	3	12 %
Razoavelmente adequada	6	24 %
Adequada	4	16 %
Não respondeu	6	24 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

e) Informática

Gráfico 20. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios

	Qtd	Qtd %
1. Inexistente;	7	28 %
2. Inadequada;	1	4 %
3. Razoavelmente adequada;	4	16 %
4. Adequada.	6	24 %
Não respondeu	7	28 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

f) Recursos Humanos para a área de Vigilância Ambiental em Saúde

Gráfico 21. Recursos humanos para as ações da vigilância ambiental em saúde nos municípios

	Qtd	Qtd %
1 Sem pessoal especificamente alocado;	9	36 %
2 Entre 1 e 3 pessoas;	11	44 %
5. De 10 a mais pessoas.	1	4 %
Fichas Preenchidas	21	84 %
Não responderam	4	16 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

Quanto à forma de contratação, 11 municípios possuem servidores no quadro funcional (estatutário), 5 com contrato temporário (por tempo determinado), 2 com contrato apenas em cargo de comissão e 6 municípios não especificaram a forma de contrato. Por ser um programa, é natural que os funcionários não sejam fixos.

4.5.3 Vigilância Epidemiológica nos Municípios

a) Quanto à adequação a Deliberação CIB/PR 12/2000

A adequação à deliberação CIB/PR nº 12/2000 pode ser observado no quadro 24.

Quadro 24. Adequação à Deliberação CIB para a Vigilância Epidemiológica

Município	População Residente Est.: 2008 ¹	Nível Del. 12/00 CIB/PR	Equipe VE atende ao nível?	Observação / Pendência ^{2 e 3}
Ampére	17830	Nível II	SIM	Resposta questionário confusa sobre a área
Barracão	9275	Nível I	SIM	
Bela Vista da Caroba	4210	Nível I	SIM	
Boa Esperança do Iguaçu	2919	Nível I	SIM	
Bom Jesus do Sul	3907	Nível I	SIM	
Capanema	18655	Nível II	SIM	. Faltam dados atualizados
Cruzeiro do Iguaçu	4244	Nível I	SIM	
Dois Vizinhos	35389	Nível III	NÃO	Faltam profissionais e não há exclusividade do prof. de nível superior
Enéas Marques	6100	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio para a V.E.
Flor da Serra do Sul	4775	Nível IV	SIM	
Francisco Beltrão	75517	Nível I	NÃO	Profissionais de nível superior não são exclusivos e faltam 2 profissionais de nível médio para a área
Manfrinópolis	3334	Nível I	SIM	. Faltam dados atualizados
Marmeleiro	13493	Nível II	NÃO	Deveria possuir 2 profissionais de Nível médio exclusivo para a V.E.
Nova Esperança do S'O	5334	Nível I	SIM?	No questionário não há indicação de Nível Superior para a VE
Nova Prata do Iguaçu	10791	Nível II	SIM	
Pérola d'Oeste	7222	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio para a V.E.
Pinhal de São Bento	2598	Nível I	NÃO	Profissional de. nível médio não é exclusivo para a V.E.
Planalto	14007	Nível II	NÃO?	Profissional de. nível médio não é exclusivo para a V.E.
Pranchita	5925	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio para a V.E.
Realeza	16276	Nível II	SIM?	. Faltam dados atualizados
Renascença	6945	Nível I	SIM	
Salgado Filho	4709	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio exclusivo para a V.E.
Salto do Lontra	12832	Nível II	SIM?	. Faltam dados atualizados
Santa Izabel do Oeste	11753	Nível II	NÃO	Não possui prof. nível médio (2) exclusivo para a V.E.
Santo Antônio do Sudoeste	19260	Nível II	NÃO	Não possui prof. nível médio (min. 2) exclusivo para a V.E.
São Jorge d'Oeste	9213	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio (min. 1) exclusivo para a V.E.
Verê	8144	Nível I	NÃO	Não possui prof. nível médio (min. 1) exclusivo para a V.E.
Total	334657			

Fonte: 1- (BRASIL(ar), 2009); 2- Pesquisa de Campo do autor; 3 (PARANÁ(z), 2009) - Levantamento servidores municipais da 8ª RS

Dos 27 municípios da 8ª Regional de Saúde, 16 (59,9%) municípios se enquadram no nível I, 9 (33,3%) municípios no nível II, 01(um) município (3,7%) no nível III e 01(um) município (3,7%) no nível IV.

Um ponto que não foi possível esclarecer adequadamente é quanto à exclusividade e sua quantidade exata dos profissionais de nível médio para a Vigilância Epidemiológica. Isto ocorreu em parte por falha de compreensão de vários municípios quanto ao preenchimento do questionário, e por falha na elaboração do item E.8.3 do questionário, que deveria ser genérico, para profissionais de nível superior e médio, porém ficou exclusivamente nível superior.

b) Estrutura física

Gráfico 22. Situação do espaço de trabalho vigilância epidemiológica nos municípios

	Qtd	Qtd %
2. Inadequado	6	24 %
3. Razoavelmente adequado	10	40 %
4. Adequado	7	28 %
5. Não Respondeu	2	8 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

c) Equipamentos e materiais

Gráfico 23. Disponibilidade de equipamentos e material de apoio para as ações de vigilância epidemiológica nos municípios

Geladeiras para vacinas	Qtd	Qtd %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	19	76 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com setores;	4	16 %
Não respondeu	2	8 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Câmaras Frias	Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)	17	68 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	1	4 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;	3	12 %
Não respondeu	4	16 %
Fichas Preenchidas	25	100 %
Somatório	3.540,00	

Grupo gerador para falta de energia elétrica	Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)	21	84 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;	2	8 %
Não respondeu	2	8 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Material para coleta de análises epidemiológicas		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)	<div><div></div></div>	7	28 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)	<div><div></div></div>	8	32%
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;	<div><div></div></div>	5	20 %
Não respondeu	<div><div></div></div>	5	20 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

d) Apoio Laboratorial na área de Vigilância Epidemiológica

Gráfico 24. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios

	Qtd	Qtd %
Inexistente	1	4 %
Inadequada	2	8 %
Razoavelmente adequada	9	36 %
Adequada	10	40 %
Não respondeu	3	12 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

e) Informática

Gráfico 25. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios

	Qtd	Qtd %
2. Inadequada;	6	24 %
3. Razoavelmente adequada;	7	28 %
4. Adequada.	9	36 %
Não respondeu	3	12 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

f) Recursos Humanos para a área de Vigilância epidemiológica

Gráfico 26. Recursos humanos para as ações da vigilância epidemiológica nos municípios

RH - Vigilância Epidemiológica	Qtd	Qtd %
1 Sem pessoal especificamente alocado;	2	8 %
2 Entre 1 e 3 pessoas;	16	64 %
3 Entre 4 e 6 pessoas;	3	12 %
4. Entre 7 e 9 pessoas.	1	4 %
5. De 10 a mais pessoas.	1	4 %
Não respondeu	2	8 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

Quanto a forma de contratação, 13 municípios possuem servidores no quadro funcional (estatutário), 4 com contrato temporário (por tempo determinado), 2 com Contrato CLT (por tempo indeterminado), 4 com contrato apenas em cargo de comissão, 1 com contrato funcionário terceirizado e 2 municípios não especificaram a forma de contrato.

4.5.4 Estrutura da Vigilância Sanitária nos municípios:

No presente trabalho, irá analisar apenas as condições relacionadas ao Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão. A verificação das ações do Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário é mais complexa, e necessitaria supervisão nas Secretarias Municipais de Saúde.

Por ser uma das áreas da Vigilância em Saúde a mais tempo descentralizada aos municípios, também está organizada em todos os municípios da região.

a) Estrutura legal:

No quadro 25 se observa os aspectos da Estrutura legal previstos no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, com base nos documentos nos arquivos de pactuação da Vigilância Sanitária e nos questionários respondidos.

Quadro 25. Estrutura legal das Vigilâncias Municipais da 8ª Regional de Saúde

Município	Profissional investido na função por ato legal ¹	Instrumento legal de criação da VISA ²	Inclusão na estrutura organizacional ^{1 e/ou 2}	Instrumento legal Processo ²	Observação / Pendência
Ampére	1 em 4	LM 751/98	SIM	CP 140/77	Investidura legal.
Barracão	1 em 5	LM 1244/98	SIM	469/79	Investidura legal.
Bela Vista da Caroba	Não respondeu ponto VISA	LM 01/97	SIM ¹	Utiliza do Estado	Investidura legal.
Boa Esperança do Iguaçu	Nenhum esta investido	Não consta no cadastro	SIM ¹	Utiliza do Estado	Investidura legal.
Bom Jesus do Sul	Nenhum está investido	LM 062/98	NÃO ¹	Utiliza do Estado	Investidura legal. e criar oficialmente a VISA
Capanema	2 em 3	LM 456./91	SIM ¹	Lei nº 3/70 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Cruzeiro do Iguaçu	1 em 3	LM 197/98	SIM ¹	LM 197/98 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Dois Vizinhos	4(todos)	LM 8.02/98	SIM ¹	LM nº 607/93 e Utiliza CS do Estado	
Enéas Marques	Nenhum está investido	LM 302/2003	SIM ¹	LM 088/94 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Flor da Serra do Sul	Não respondeu	LM 092/98	SIM 1	Utiliza do Estado	Investidura legal.

Município	Profissional investido na função por ato legal ¹	Instrumento legal de criação da VISA ²	Inclusão na estrutura organizacional ^{1 e/ou 2}	Instrumento legal Processo ²	Observação / Pendência
	este ponto				
Francisco Beltrão	Não respondeu este ponto	LM 2000/92	SIM 1	LM 216/66 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal de todos os técnicos
Manfrinópolis	Não respondeu Questionário	LM 194/04	Não respondeu Questionário	Usa Código do Estado	Investidura legal de todos os técnicos e inclusão no organograma da SMS
Marmeleiro	Nenhum está investido	LM 541/91	SIM 2	LM 95/70 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Nova Esperança do S'O	1 de 1	LM 271/2002	SIM ²	Não definiu	Instrumento legal para processos.
Nova Prata do Iguaçu	03 de 05	LM nº 384/94	SIM ¹	Usa Código do Estado	Investidura legal.
Pérola d'Oeste	1 de 2	LM 28/91	Informal ¹	LM 28/91	Investidura legal. e falta formalizar a estrutura.
Pinhal de São Bento	Não respondeu este ponto	Não consta no cadastro	Não consta no plano de ação	Não possui e não elencou o CS do Estado	Necessita se estruturar em todos os pontos
Planalto	1 de 2	LM 884/98	SIM ¹	Não definiu	Investidura legal. e indicar qual instrumento que utiliza para processos
Pranchita	1 de 2	LM 223/91	Informal ¹	LM 299/93 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal. e falta formalizar a estrutura.
Realeza	1 de 1	LM 618/92	Informal ¹	LM 1/92 e Utiliza CS do Estado	Necessita falta formalizar a estrutura.
Renascença	2 de 4	LM 528	SIM ¹	LM 02/91 e Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Salgado Filho	Nenhum está investido	LM nº 07/04	SIM ¹	Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Salto do Lontra	Não respondeu Questionário	LM 026/98	Não consta no plano de ação	Utiliza CS do Estado	Investidura legal. e falta formalizar a estrutura.
Santa Izabel do Oeste	Nenhum está investido	Dec. 391/89	SIM ¹	LM 32/68	Investidura legal.
Santo Antônio do Sudoeste	2 de 2	LM 1.039/90	Informal ¹	LM805/84	Necessita falta formalizar a estrutura.
São Jorge d'Oeste	Nenhum está investido	Não consta no cadastro	SIM ¹	Utiliza CS do Estado	Investidura legal.
Verê	Nenhum está investido	LM 09/93	Informal ¹	Não definiu	Investidura legal. e falta formalizar a estrutura.
8ª Regional de Saúde	04 de 04	Lei 13.331/01 Dec. 777/07	Dec. 777/07 (agrupado)	Lei 13.331/01 e Dec. 5.711/02	Atende a todos os pontos

Legenda: LM – Lei Municipal; Instrumento legal processos: Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal

Fontes: 1- Pesquisa de Campo do autor; 2 (PARANÁ(v) 2009

b) Estrutura física e recursos materiais

Quanto aos aspectos da Estrutura física e recursos materiais previstos no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, com base nos documentos nos arquivos de pactuação da Vigilância Sanitária e nos questionários respondidos, foi constatado que, ainda que considerados inadequados em alguns poucos municípios, todos possuem, espaço físico para o desenvolvimento das atividades; canais de

comunicação: telefone/fax/internet; equipamentos específicos para fiscalização; e impressos (termos legais)

Quanto aos outros equipamentos específicos a Vigilância Sanitária do estadual repassou vários equipamentos aos municípios como termômetros de inserção e laser, computador, impressora, fax, entre outros. Observa-se que o material básico, para coleta, não se encontra presente em grande parte dos municípios.

Gráfico 27. Disponibilidade de equipamentos e material de apoio para as ações de vigilância sanitária nos municípios

Máquina fotográfica		Qtd	Qtd %
1. Não possui (específico para todas as áreas)		9	36 %
4. Específico VISA;		9	36 %
6. Específico VN		2	8 %
7. Da SMS/RS compartilhado para os setores de VS		13	52 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Termômetro de inserção		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)		13	52 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)		9	36 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;		1	4 %
Não respondeu		2	8 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Termômetro de laser		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)		6	24 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)		17	68 %
Não respondeu		2	8 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Sistema de arquivos para registro e guarda dos processos dos estabelecimentos		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)		1	4 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)		20	80 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;		1	4 %
Não respondeu		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Sistema informatizado para liberação de licença Sanitária e cadastro de estabelecimentos		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)		7	28 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)		15	60 %
Não respondeu		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %
Material coleta para análises fiscais		Qtd	Qtd %
1. Inexistente (específico para todas as áreas)		12	48 %
2. Possui (Adequado e específico para a área)		9	36 %
4. Possui na SMS/RS compartilhado com demais setores;		1	4 %
Não respondeu		3	12 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: 1- Pesquisa de Campo do autor

c) Estrutura administrativa e operacional

No quadro 26 se observa os aspectos de Estrutura administrativa e operacional previstos no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, com base nos documentos nos arquivos de pactuação da Vigilância Sanitária e nos questionários respondidos.

Quadro 26. Estrutura administrativa e operacional das VISA's Municipais

Municípios \ Requisitos	Cadastro Estabelecimentos			Sistema de informação (SI). ²	Processo Administrativo	Observação / Pendência
	Estimativa. ¹	Cad. SINAVIDSA	% Cadastrados			
Ampére	129	90	69,8%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Barracão	251	135	53,8%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Bela Vista da Caroba	61	43	70,5%	Não respondeu	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Boa Esperança do Iguaçu	24	6	25,0%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Bom Jesus do Sul	70	5	7,1%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Capanema	132	100	75,8%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Cruzeiro do Iguaçu	44	21	47,7%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Dois Vizinhos	192	126	65,6%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Enéas Marques	87	74	85,1%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Flor da Serra do Sul	63	49	77,8%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro e implantar SI
Francisco Beltrão	591	311	52,6%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Manfrinópolis	28	14	50,0%	Não respondeu	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Marmeleiro	84	43	51,2%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Nova Esperança do S'O	45	76	168,9%	Possui	Não indicou	Necessita implantar SI
Nova Prata do Iguaçu	110	5	4,5%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Pérola d'Oeste	91	2	2,2%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Pinhal de São Bento	25	2	8,0%	Possui	Não indicou	Finalizar cadastro
Planalto	164	84	51,2%	Não possui próprio	Não indicou	Finalizar cadastro
Pranchita	94	36	38,3%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Realeza	142	331	233,1%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Necessita implantar SI
Renascença	85	25	29,4%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Salgado Filho	50	29	58,0%	Não possui próprio	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Salto do Lontra	130	59	45,4%	Não respondeu Questionário	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Santa Izabel do Oeste	110	80	72,7%	Possui	LM 32/68	Finalizar cadastro
Santo Antônio do Sudoeste	176	33	18,8%	Possui	LM805/84	Finalizar cadastro
São Jorge d'Oeste	98	51	52,0%	Possui	Utiliza CS do Estado	Finalizar cadastro
Verê	114	5	4,4%	Não possui próprio	Não indicou	Em todos os itens

Fonte: 1- (Paraná(x), 2009) Levantamento 2007 planos de ação e cadastro 8ª RS/CNES SINAVIDSA;
2 – Pesquisa de campo do autor nos municípios

Quanto aos sistemas de informação, todos os municípios já receberam capacitação para o sistema SINAVISA, o qual possibilita atender a vários aspectos da estrutura administrativa, como cadastro de estabelecimentos, cadastro de técnicos, ações de VISA, relatórios gerenciais, entre outros aspectos. Este sistema pode ser utilizado como sistema de informação da VISA.

Gráfico 28. Opinião dos municípios quanto à adequação de informática para as ações da VISA

	Qtd	Qtd %
1. Inexistente;	1	4 %
2. Inadequada;	5	20 %
3. Razoavelmente adequada;	9	36 %
4. Adequada.	9	36 %
Fichas Preenchidas	24	96 %
Não responderam	1	4 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

d) Gestão de pessoas

Quadro 27. Gestão das pessoas das VISA's Municipais da 8ª RS

Município	Equipe Adequada*	Plano de Capacitação ^{1º}	Observação / Pendência
Ampére	Não atende	Não previu	(3)
Barracão	Não atende	SIM	(3)
Bela Vista da Caroba	Não atende	SIM	(3)
Boa Esperança do Iguaçu	Não atende	SIM	(3)
Bom Jesus do Sul	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Capanema	Não atende	SIM	(3)
Cruzeiro do Iguaçu	Não atende	SIM	(3)
Dois Vizinhos	Atende parcialmente	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Enéas Marques	Não atende	SIM	(3)
Flor da Serra do Sul	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Francisco Beltrão	Atende parcialmente	Não previu	Falta Prof. De Nível Superior na área de alimentos
Manfrinópolis	Não atende	SIM	(3)
Marmeleiro	Não atende	SIM	(3)
Nova Esperança do S'O	Não atende	SIM	(3)
Nova Prata do Iguaçu	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Pérola d'Oeste	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Pinhal de São Bento	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Planalto	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Pranchita	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Realeza	Não atende	SIM	(3)
Renascença	Não atende	SIM	(3)
Salgado Filho	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Salto do Lontra	Não atende	SIM	(3) e
Santa Izabel do Oeste	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Santo Antônio do Sudoeste	Não atende	SIM	(3) e Plano de capacitação
São Jorge d'Oeste	Não atende	Não previu	(3) e Plano de capacitação
Verê	Não atende	SIM	(3) e
8ª Regional de Saúde	Não atende	SIM	Falta engenheiro, Farmacêutico, odontólogo.

* Equipe Adequada: Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
Fonte: 1- (Paraná(x), 2009) Levantamento 2007 planos de ação e cadastro 8ª RS/CNES SINAVISA;
2. Pesquisa de campo do autor nos municípios; (3) Não possui elenco prof. da Del. 16/04 CIB/PR

No quadro 27 apresenta os aspectos de Gestão de Pessoas previstos no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, com base na deliberação CIB/PR 16/04, nos documentos nos arquivos de pactuação da Vigilância Sanitária e nos questionários respondidos, onde há pendências em quase todos os municípios.

Gráfico 29. Recursos humanos para as ações da VISA nos municípios

	Qtd	Qtd %
1 Sem pessoal especificamente alocado;	2	8 %
2 Entre 1 e 3 pessoas;	20	80 %
3 Entre 4 e 6 pessoas;	2	8 %
4. Entre 7 e 9 pessoas.	1	4 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

Quanto a forma de contratação, 16 municípios possuem servidores no quadro funcional (estatutário), 4 com contrato temporário (por tempo determinado), 3 com Contrato CLT (por tempo indeterminado), 7 com contrato apenas em cargo de comissão, 2 com contrato funcionário terceirizado e 2 municípios não especificaram a forma de contrato.

4.5.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Na abrangência da 8ª Regional de Saúde não há Centro de Referência em Saúde do Trabalhador instalado. Encontra-se em processo de implantação de um CEREST que envolverá a 7ª Regional de Saúde de Pato Branco e a 8ª RS.

a) Quanto ao cumprimento da Portaria GM/MS 3.120/1998.

Na abrangência da 8ª RS estão sendo desenvolvidas atividades de inspeção/fiscalização sanitária, análise de processos de investigação de acidentes graves, iniciou cadastro de empresas de interesse à saúde do trabalhador, implantou a rede sentinela e iniciou o processo de notificação de agravos relacionados aos acidentes

Quanto à inspeção/fiscalização sanitária, no âmbito da 8ª RS se iniciaram atividades de inspeção em fábricas e empresas que atuam com a área de chumbo com apoio do nível central da SESA/PR.

Quanto a Estrutura da Vigilância em saúde do trabalhador nos municípios da região, pode ser observado no quadro 28.

Quadro 28. Estrutura das VST's Municipais da 8ª RS

Município	Estrutura Física /equipamentos ¹	Informatização ¹	Recursos Humanos ¹	Observação / Pendência
Ampère	Inadequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura nesta área
Barracão	Inexistente/ inadequada	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura nesta área
Bela Vista da Caroba	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não é possível avaliar
Boa Esperança do Iguaçu	Inexistente / inadequada	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura nesta área
Bom Jesus do Sul	Razoavelmente adequado	Não respondeu	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura nesta área
Capanema	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não é possível avaliar
Cruzeiro do Iguaçu	Inadequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Dois Vizinhos	Razoavelmente adequado	1 CPD/ Adequado	2 Técnicos	Possui estrutura mínima
Enéas Marques	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Não possui estrutura nesta área
Flor da Serra do Sul	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não é possível avaliar
Francisco Beltrão	Adequado	Inexistente	1 técnico	Possui estrutura mínima
Manfrinópolis*	-	-	-	Não é possível avaliar
Marmeleiro	Inexistente / Inadequado	Inexistente	1 técnico	Não possui estrutura adequada nesta área
Nova Esperança do S'O	Adequado	1 CPD	1 Técnicos	Possui estrutura mínima
Nova Prata do Iguaçu	Inadequado	Inexistente	Inexistente	Não possui estrutura adequada nesta área
Pérola d'Oeste	Adequada /Raz.Adequada	Utiliza comum a toda VS	Sem pessoal alocado	Usa área, técnicos e equipamentos em comum
Pinhal de São Bento	Inadequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Planalto	Inadequado	1 CPD	Sem pessoal alocado	Possui estrutura mínima
Pranchita	Razoavelmente adequada	Inexistente	1 Técnico comum VISA	Usa área, técnicos e equipamentos em comum
Realeza	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não é possível avaliar
Renascença	Inexistente / Inadequado	Inexistente	1 Técnico	Usa área, equipamentos e técnicos em comum
Salgado Filho	Razoavelmente adequada	1 CPD	1 Técnico	Usa área, equipamentos e técnicos em comum
Salto do Lontra*	-	-	-	Não é possível avaliar
Santa Izabel do Oeste	Razoavelmente adequada	Inexistente	1 Técnico	Possui estrutura mínima
Santo Antônio do Sudoeste	Inexistente Inadequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura nesta área
São Jorge d'Oeste	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não respondeu ponto VST	Não é possível avaliar
Verê	Inexistente	Não respondeu ponto VST	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
8ª Regional de Saúde	Razoavelmente adequado	1 CPD	2 Técnicos	Possui estrutura mínima/ Técnicos em comum

Fonte: 1- Pesquisa de campo do autor nos municípios; * não responderam ao questionário

Quanto a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, no âmbito da 8ª Regional de Saúde foram incluídos três estabelecimentos todos localizados na cidade de Francisco Beltrão: Pronto Atendimento 24 horas de Francisco Beltrão; Hospital São Francisco; e Policlínica São Vicente de Paula.

Quanto à notificação de agravos, na área de saúde do trabalhador, o trabalho se iniciou em 2007, com a implantação da Rede Sentinela, e capacitação dos municípios da 8ª RS para iniciar a notificação dos agravos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 777/2004, priorizando inicialmente os Acidentes de Trabalho Graves (Fatais e com Mutilações); Acidente com Exposição a Material Biológico, cuja a referência de atendimento se encontra no Pronto Atendimento 24 horas de Francisco Beltrão; e os Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes. Na 8ª RS, em 19 municípios (70,3%) ocorreram notificações de acidentes de trabalho em 2008.

Quanto ao Cadastro de Estabelecimentos de interesse à VST, a 8ª Regional de Saúde iniciou o levantamento de estabelecimentos com prioridade para os que trabalham com metais pesados, especificamente chumbo.

A maioria dos municípios não possui estrutura e equipe específica para a área de VST, utilizando a estrutura da Vigilância Sanitária para a realização de atividades nesta área.

4.5.6 Quanto à estrutura da Vigilância Nutricional nos municípios

Apenas três municípios informaram que a área de Vigilância Nutricional (VN) está no campo de atividades ou estrutura da Vigilância em Saúde municipal. Como na maioria dos municípios a VN se encontra na Atenção Primária, e os técnicos que responderam o questionário são da área de Vigilância em Saúde, houve muitas falhas de respostas do nível municipal nessa área, reforçado pelo pouco tempo para que os municípios respondessem o questionário.

Quadro 29. Estrutura da Vigilância Nutricional nos Municípios da 8ª RS






Município	Estrutura Física / equipamentos	Informatização	Recursos Humanos	Observação / Pendência
Ampére	Razoavelmente adequado	1 CPD	10 ou mais	Possui estrutura mínima
Barracão	Inexistente /Inadequado	1 CPD	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Bela Vista da Caroba	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Boa Esperança do Iguaçu	Inexistente /Raz. Adequada	Inexistente	Não respondeu ponto VN	Não possui estrutura adequada nesta área
Bom Jesus do Sul	Inexistente	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não possui estrutura nesta área
Capanema	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Cruzeiro do Iguaçu	Inadequado / Raz. Adequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Dois Vizinhos	Raz. Adequado	Não respondeu ponto VN	1 Técnico	Possui estrutura mínima
Enéas Marques	Inexistente	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não possui estrutura nesta área
Flor da Serra do Sul	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Francisco Beltrão	Adequado	1 CPD	1 Técnico não específico	Possui estrutura mínima
Manfrinópolis *	-	-	-	Não é possível avaliar
Marmeleiro	Inadequado / Raz. Adequado	1 CPD	Sem pessoal alocado	Possui estrutura mínima/ utiliza téc. em comum
Nova Esperança do S'O	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não possui estrutura nesta área
Nova Prata do Iguaçu	Inadequado / Raz. Adequado	Inexistente	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Pérola d'Oeste	Adequado	CPD uso em comum VS	Sem pessoal alocado	Não possui estrutura adequada nesta área
Pinhal de São Bento	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Planalto	Razoavelmente adequado	1 CPD	Sem pessoal alocado	Possui estrutura mínima/ utiliza téc. em comum
Pranchita	Razoavelmente adequado	1 CPD	1 Técnico não específico	Possui estrutura mínima/ utiliza téc. em comum
Realeza	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Renascença	Razoavelmente adequado	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Salgado Filho	Adequado / Raz. Adequado	Não respondeu ponto VN	1 Técnico	Não possui estrutura adequada nesta área
Salto do Lontra *	-	-	-	Não é possível avaliar
Santa Izabel do Oeste	Raz. Adequado / Adequado	1 CPD	1 Técnico	Possui estrutura mínima
Santo Antônio do Sudoeste	Inexistente/ inadequada	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não possui estrutura nesta área
São Jorge d'Oeste	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não respondeu ponto VN	Não é possível avaliar
Verê	Adequado / Raz. Adequado	2 CPD	Mais de 10 Técnicos	Possui estrutura mínima / Técnicos em comum

Fonte: 1- Pesquisa de campo do autor nos Municípios; * Não respondeu questionário

Quanto aos equipamentos específicos, apenas 4 municípios informaram possuir equipamentos para esta área. Porém os equipamentos básicos nesta área, no caso balanças, estão normalmente disponíveis nos centros de saúde.

Quanto ao apoio laboratorial na área, o mesmo pode ser obtido na estrutura laboratorial de análises clínicas que os municípios se utilizam, porem pode ser observado que não há essa compreensão nos questionários respondidos.

Gráfico 30. Opinião dos municípios quanto ao apoio laboratorial para as ações da vigilância Nutricional nos municípios

4.1.5. Apoio laboratorial para a Vigilância Nutricional		Qtd	Qtd %
Inexistente		5	20 %
Inadequada		2	8 %
Razoavelmente adequada		4	16 %
Adequada		4	16 %
Não respondeu		10	40 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: pesquisa de campo pelo autor nos municípios

4.6. PRINCIPAIS DIFICULDADES NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Pela sua dimensão e complexidade, é natural que as áreas de Vigilância em Saúde possuam dificuldades operacionais. Serão apresentadas neste ponto as principais dificuldades, o comparativo com as respostas obtidas nos questionários e entrevistas e os pontos considerados como facilitadores do processo de Vigilância em Saúde nos municípios e na 8ª Regional de Saúde.

4.6.1 Dificuldades e problemas operacionais da Vigilância em Saúde

Há uma série de dificuldades já levantadas pelo Estado e os municípios na área de Vigilância em Saúde, especialmente na Vigilância Sanitária

No âmbito estadual, estas dificuldades foram levantadas nos seguintes documentos: Relatório da II Oficina Estadual de Articulação para a Vigilância em Saúde (PARANÁ(n) 2003)

No âmbito regional, estas dificuldades foram levantadas nos seguintes documentos: Relatório da I Oficina da 8ª Regional de Saúde para a Articulação da Vigilância em Saúde. (PARANÁ(o), 2004) e Plano Diretor de Vigilância Sanitária Condensado da 8ª Regional de Saúde (PARANÁ(s), 2007)

Destas dificuldades e problemas operacionais foram considerados pelo autor como as preponderantes e que continuam atuais, as seguintes:

- Acúmulo/excesso de atividades;
- Quanto as Equipes: insuficientes, incompletas e/ou sem supervisão de profissional de nível superior; sem critério

mínimo; com alta rotatividade, inclusive de gestores, perdendo-se a “Cultura Institucional”; Desvio de servidores de nível médio e superior da VS para outras áreas, falta de capacitação; - Falta de integração intra/ setorial; inter/ setorial e entre as equipes; em especial entre as Vigilâncias e a Atenção básica; Falta de planejamento e monitoramento adequado, e pessoal capacitado para isto; - Pactos vem de cima para baixo; sem adotar critérios de qualidade e resolutividade nas pactuações;

- Falta apoio (da SESA/PR) aos municípios para desenvolver as ações de vigilância sanitária básica (capacitação, organização e gerenciamento);

- Falta de equipamentos; Municípios de pequeno porte têm pouco acesso a instrumentos tecnológicos para executar as suas ações; - Taxa sanitária não é revertida para o custeio/investimento do serviço de VISA

- Ingerência política e econômica (vigilância); - Falta uma definição clara e objetiva para classificar risco sanitário e complexidade;

- Falta de articulação com Conselhos Municipais/ Bipartite; - Falta de câmaras técnicas para discussão e tomada de decisões sobre assuntos de interesse comum / correlacionados; - Falta de compreensão de gestores quanto a necessidade e importância das ações de VS.

- Saúde do Trabalhador: Falta de decisão política para a implantação de equipe de saúde do trabalhador nas três esferas; Falta de integração entre SVS e ANVISA para questões de saúde de trabalhador.

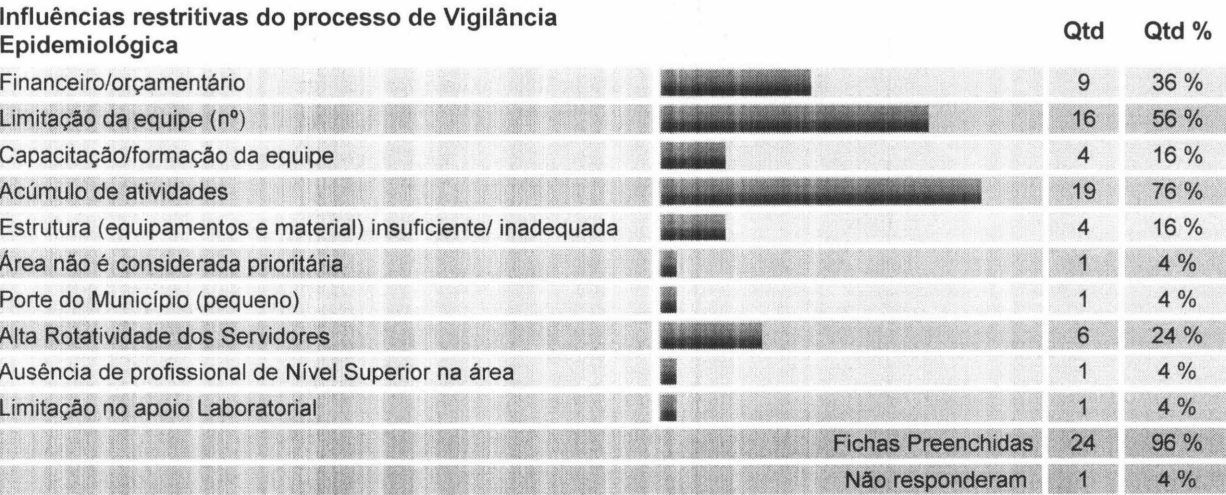
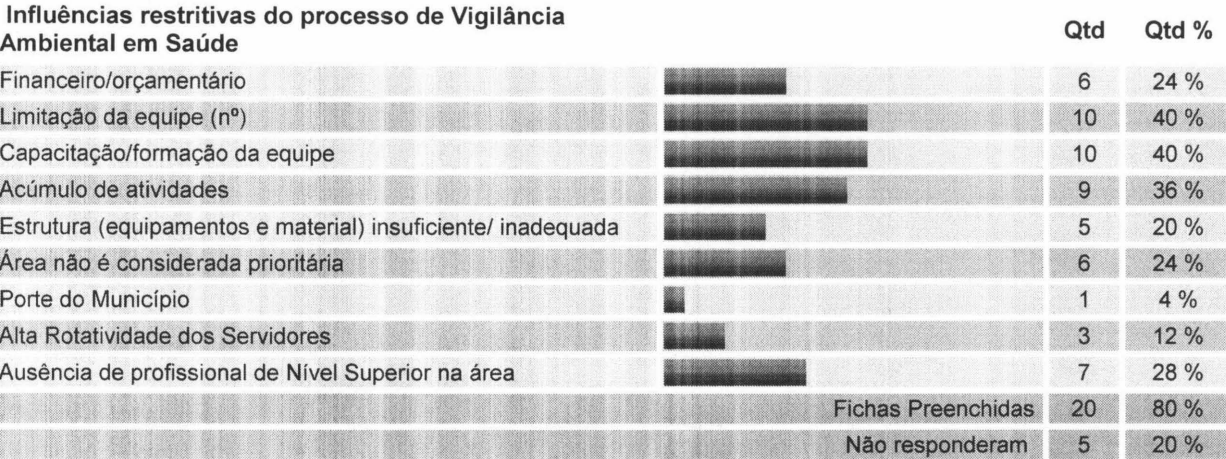
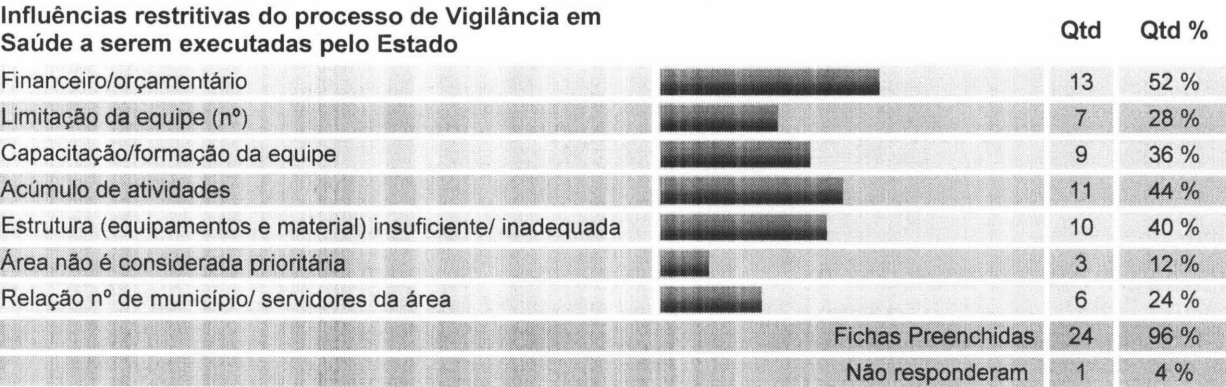
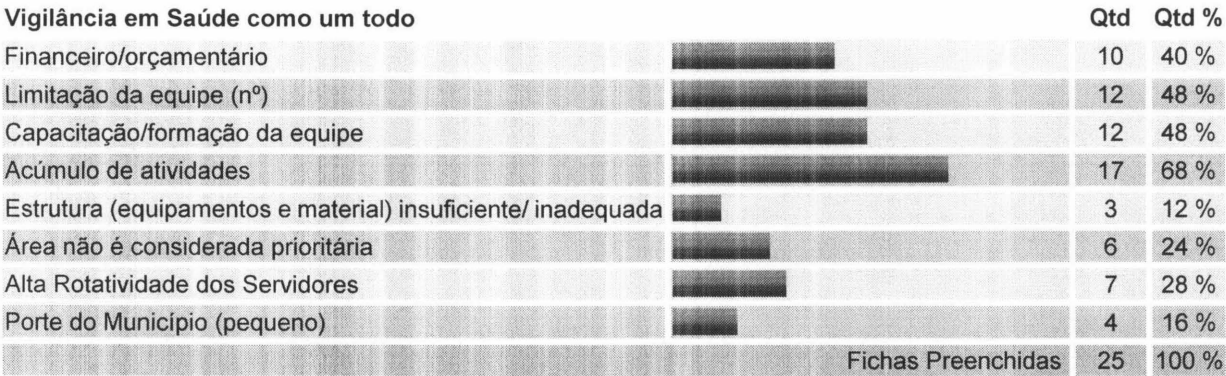
- Apoio laboratorial: Acesso restrito a exames laboratoriais; Demora dos resultados dos exames do LACEN; Análises fiscais, mesmo de baixa complexidade, estão centralizadas (por exemplo, rotulagem).

- Educação em Saúde: Poucos programas de educação sanitária nos meios de comunicação de massa; Desarticulação da área de educação com a área de saúde; População não conhece as ações de VS; Falta de agilidade na circulação das informações;

4.6.2 Dificuldades e limitações levantadas na pesquisa de campo:

Os problemas listados no item anterior, que em parte nortearam a elaboração do questionário, podem ser observados em grande parte das respostas às dificuldades na execução das atividades da Vigilância em Saúde como um todo:

Gráfico 31. Principais aspectos com influências restritivas do processo de Vigilância em Saúde



Influências restritivas do processo de Vigilância Sanitária	Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	10	40 %
Limitação da equipe (nº)	17	68 %
Capacitação/formação da equipe	10	40 %
Acúmulo de atividades	14	56 %
Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	3	12 %
Área não é considerada prioritária	9	36 %
Porte do Município (pequeno)	2	8 %
Alta Rotatividade dos Servidores	3	12 %
Ausência de profissional de Nível Superior na área	5	20 %
Interferência política e/ou econômica	3	12 %
Limitação no apoio laboratorial	3	12 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Influências restritivas do processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador	Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	6	24 %
Limitação da equipe (nº)	13	52 %
Capacitação/formação da equipe	15	60 %
Acúmulo de atividades	6	24 %
Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	5	20 %
Área não é considerada prioritária	4	20 %
Alta Rotatividade dos Servidores	1	4 %
Ausência de profissional de Nível Superior na área	4	16 %
Fichas Preenchidas	17	68 %
Não responderam	8	32 %

Influências restritivas do processo de Vigilância Nutricional	Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	3	12 %
Limitação da equipe (nº)	13	52 %
Capacitação/formação da equipe	8	32 %
Acúmulo de atividades	9	36 %
Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	6	24 %
Área não é considerada prioritária	4	16 %
Porte do Município (pequeno)	1	4 %
Alta Rotatividade dos Servidores	2	8 %
Ausência de profissional de Nível Superior na área	5	20 %
Fichas Preenchidas	18	72 %
Não responderam	7	28 %

Fonte: - pesquisa de campo do autor nos municípios

Para estas questões, a resposta da 8ª Regional de Saúde foi apontada as seguintes limitações:

Para a Vigilância em Saúde como um todo na 8ª Regional de Saúde: Financeiro/orçamentário (na regional); limitação de equipe (na regional); capacitação/ formação da equipe (nos municípios); acúmulo de atividades (na Regional); área não é considerada prioritária (nos municípios) e Porte dos Municípios pequeno (municípios).

Para a área de Vigilância Ambiental em Saúde na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas as seguintes limitações: Financeiro/orçamentário (regional); capacitação/ formação da equipe (nos municípios e na regional); acúmulo de atividades (nos municípios e na regional); e a área não é considerada prioritária (nos municípios).

Para a área de Vigilância Epidemiológica na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas as seguintes limitações: limitação da equipe (nº) (nos municípios) capacitação/formação da equipe (na 8ª RS); acúmulo de atividades (nos municípios e na regional); e limitação no apoio laboratorial (para a 8ª RS).

Para a área de Vigilância Sanitária na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas as seguintes limitações: Financeiro/orçamentário (na regional); limitação da equipe (nos municípios e na regional); acúmulo de atividades (nos municípios e na regional); e Interferência política e/ou econômica (nos municípios)

Para a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas as seguintes limitações: limitação da equipe (nos municípios e na regional); acúmulo de atividades (nos municípios e na regional); e ausência de profissional de nível superior na área (na regional); Porte (pequeno) dos municípios (nos municípios).

Para a área de Vigilância Nutricional (resposta pela técnica da área na atenção primária), foram apontadas as seguintes limitações: Limitação da equipe (municípios e regional); Estrutura (de equipamentos e material) insuficiente/ inadequada (Regional); área não é considerada prioritária (municípios); e ausência de profissional de nível superior na área, especificamente nutricionista (municípios e Regional).

Pode-se observar que as respostas preponderantes em todas as áreas são: a limitação de equipe, acúmulo de atividades, capacitação da equipe, financeiro/orçamentário, estrutura insuficiente/inadequada e área não é considerada prioritária.

4.6.3 Aspectos facilitadores para as ações de Vigilância em Saúde

Na pesquisa de campo foram levantados os seguintes pontos considerados como facilitadores do processo da Vigilância em Saúde executados pelos municípios conforme gráfico 32:

Gráfico 32. Principais aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância em Saúde

Vigilância em Saúde (como um todo):		Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>	3	12 %
Equipe mínima adequada	<div></div>	4	16 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>	5	20 %
Equipe Motivada	<div></div>	8	32 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>	11	44 %
Área é considerada prioritária	<div></div>	4	16 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>	8	32 %
Porte do Município	<div></div>	12	48 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Vigilância em Saúde a serem executadas pelo Estado		Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>	5	20 %
Equipe mínima adequada	<div></div>	2	8 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>	11	44 %
Equipe Motivada	<div></div>	8	32 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>	7	28 %
Área é considerada prioritária	<div></div>	8	32 %
Relação nº de município/ servidores da área	<div></div>	5	20 %
Fichas Preenchidas		22	88 %
Não responderam		3	12 %

Vigilância Ambiental em Saúde		Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>	5	20 %
Equipe mínima adequada	<div></div>	4	16 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>	6	24 %
Equipe Motivada	<div></div>	4	16 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>	5	20 %
Área é considerada prioritária	<div></div>	4	16 %
Porte do Município	<div></div>	5	20 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>	7	28 %
Relação município/nº de servidores da área	<div></div>	2	8 %
Fichas Preenchidas		19	76 %
Não responderam		6	24 %

Vigilância Epidemiológica			Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>		5	20 %
Equipe mínima adequada	<div></div>		7	28 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>		9	36 %
Equipe Motivada	<div></div>		12	48 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>		4	16 %
Área é considerada prioritária	<div></div>		5	20 %
Porte do Município	<div></div>		11	44 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>		4	16 %
Relação município/nº de servidores da área	<div></div>		1	4 %
Fichas Preenchidas			24	96 %
Não responderam			1	4 %

Vigilância Sanitária			Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>		6	24 %
Equipe mínima adequada	<div></div>		9	36 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>		7	28 %
Equipe Motivada	<div></div>		6	24 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>		5	20 %
Área é considerada prioritária	<div></div>		3	12 %
Porte do Município	<div></div>		11	44 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>		10	40 %
Relação município/nº de servidores da área	<div></div>		2	8 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Vigilância em Saúde do Trabalhador			Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>		2	8 %
Equipe mínima adequada	<div></div>		5	20 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>		3	12 %
Equipe Motivada	<div></div>		4	16 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>		3	12 %
Área é considerada prioritária	<div></div>		2	8 %
Porte do Município	<div></div>		7	28 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>		4	16 %
Fichas Preenchidas			15	60 %
Não responderam			10	40 %

Vigilância Nutricional			Qtd	Qtd %
Financeiro/orçamentário	<div></div>		4	16 %
Equipe mínima adequada	<div></div>		6	12 %
Equipe capacitada/qualificada	<div></div>		5	20 %
Equipe Motivada	<div></div>		5	20 %
Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material) suficiente/adequada	<div></div>		4	16 %
Área é considerada prioritária	<div></div>		1	4 %
Porte do Município	<div></div>		6	24 %
Baixa Rotatividade dos Servidores	<div></div>		3	12 %
Fichas Preenchidas			16	64 %
Não responderam			9	36 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Para estas questões, na resposta da 8ª Regional de Saúde foram apontados os seguintes itens com influências facilitadoras da ação da Vigilância em Saúde realizada pela 8ª RS e municípios:

Para Vigilância em Saúde como um todo: Equipe mínima adequada (para os municípios); Equipe capacitada/qualificada (para os municípios e na 8ª RS); Equipe motivada (na 8ª RS); e a Área é considerada prioritária (na 8ª RS).

Para a área de Vigilância Ambiental em Saúde na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas os seguintes aspectos facilitadores: Equipe mínima adequada (nos municípios e na 8ª RS); Equipe motivada (nos municípios); Área é considerada prioritária (nos municípios e na 8ª RS);

Para a área de Vigilância Epidemiológica na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas os seguintes aspectos facilitadores: Equipe mínima adequada (nos municípios); Equipe motivada (na 8ª RS); Disponibilidade de estrutura de equipamento e materiais (nos municípios e na 8ª RS); Área é considerada prioritária (na 8ª RS);

Para a área de Vigilância Sanitária na 8ª Regional de Saúde, foram apontadas os seguintes aspectos facilitadores: Equipe mínima adequada (nos municípios); Equipe Capacitada/qualificada (nos municípios e na 8ª RS); Equipe motivada (na 8ª RS); Área é considerada prioritária (na 8ª RS); e Relação município/ nº de Servidores (para os municípios).

Para a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador na 8ª Regional de Saúde, foram apontados os seguintes aspectos facilitadores: Financeiro/orçamentário (na 8ª RS e municípios); Equipe capacitada/qualificada (nos municípios e na 8ª RS); Área é considerada prioritária (na 8ª RS); Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material).

Para a área de Vigilância nutricional na 8ª Regional de Saúde, foram apontados os seguintes aspectos facilitadores pela técnica da atenção primária responsável pela área: Equipe capacitada/qualificada (na 8ª RS); Equipe motivada (na 8ª RS); Baixa rotatividade dos servidores (na 8ª RS); e Relação município/nº de servidores (nos municípios)

Pode-se observar que as respostas preponderantes em todas as áreas são: Equipe capacitada/qualificada; Equipe motivada; o porte do município; a disponibilidade de estrutura; equipe mínima adequada.

4.7. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Neste ponto pretende-se fazer uma síntese da consolidação e análise dos resultados da Vigilância em Saúde como um todo quanto aos aspectos de Estrutura e recursos materiais, Recursos Tecnológicos, Financeiros e Humanos.

4.7.1 Estrutura, Equipamentos e Recursos Materiais

A estrutura de móveis e equipamentos é mais adequada nas áreas de Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância Epidemiológica (VE), áreas há mais tempo descentralizadas aos municípios.

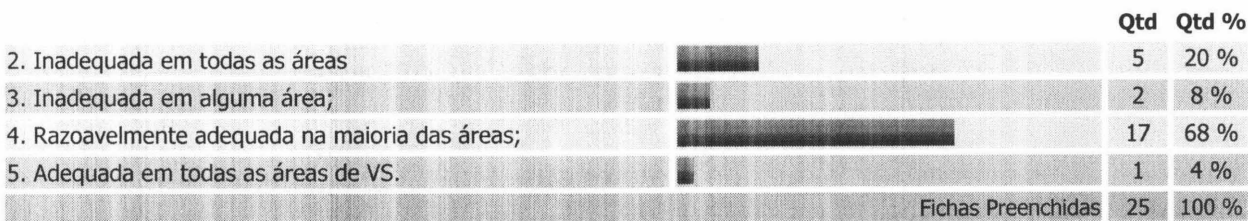
Em Móveis: houve nessas áreas 88% de resposta adequado ou razoavelmente adequado; Em utensílios: houve nessas áreas 84% de respostas adequado ou razoavelmente adequado; Em material de expediente: houve nessas áreas 100% de respostas adequado ou razoavelmente adequado; Para telefone: houve nessas áreas 96% de respostas adequado ou razoavelmente adequado; para fax: houve nessas áreas 92% de respostas adequado ou razoavelmente adequado

Praticamente não há deficiências com móveis, utensílios, material de expediente, telefone, fax, internet, que existem no município, específico ou de forma compartilhada.

Os setores com maior deficiência quanto a estrutura são as áreas de Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) e a Vigilância Nutricional (VN), com questionários sem resposta, ou o aparecimento de respostas inadequadas

Já quanto aos veículos, de modo geral, é o ponto com maior número de respostas inadequadas (28%), mas ainda assim é preponderante 72% de resposta adequado ou razoavelmente adequado. Os setores nos municípios que possuem específico são VAS (3/12%); VE (8/32%); VISA (11/44%).

Gráfico 33. Acesso a veículo para as atividades de Vigilância em Saúde



Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Quanto aos equipamentos e materiais de uso comum: equipamentos necessários para a conservação de amostras, equipamentos que são utilizados em todas as áreas como Geladeira (60%) e termômetros (40%), aparecem disponíveis como uso compartilhado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A vigilância epidemiológica (VE) (64%) e a vigilância sanitária (VISA) (24%) seriam os outros setores que possuem geladeira própria. Nas demais áreas, praticamente não se encontram disponíveis, apesar de necessário.

Congelador, equipamento essencial para guarda de coleta da amostras, está disponível em apenas 12% para VE, disponível para uso comum em 48% e inexistente de uso específico da área em 52% dos municípios que responderam. Outros equipamentos de uso geral como termômetros ambientes, praticamente não estão disponíveis (40%) ou disponíveis apenas para a VE (16%), VISA (36%) ou de uso comum (52%). Demais áreas praticamente não possuem.

Para os equipamentos para registro de imagem, nota-se ausência de filmadora, presente apenas em 4 municípios, e presença de máquina fotográfica, disponível para uso comum em 52% dos municípios, e específicos para VISA em 36%, havendo 9 municípios (36%) que não possuem o equipamento.

Para os equipamentos e materiais de apoio para suporte às atividades educação para a Vigilância em Saúde, a maioria dos municípios têm deficiências nesta área, com a presença de retroprojektor em apenas 48% dos municípios; Aparelho de videocassete ou DVD em apenas 16 municípios (64%), projetor multimídia em apenas 12 municípios (48%).

Quanto aos locais de trabalho, possuem sala própria: VAS (5/20%); VE (13/52%); VISA (17/68%); e quando não possui própria, utilizam em comum com a SMS ou outra área específica (20/80%). Arquivos próprios estão disponíveis em praticamente em todas as áreas, com preponderância para a VE (16/64%), VISA (18/72%), ou são de uso comum com a SMS ou outra área (17/68%). Armários próprios estão disponíveis em praticamente em todas as áreas, com preponderância para a VE (14/56%), VISA (18/72%), ou são de uso comum com a SMS ou outra área (17/68%).

4.7.2 Recursos Tecnológicos

Quanto aos recursos tecnológicos, os mesmos se referem aos sistemas de informação, apoio à informatização, entre outros aspectos.

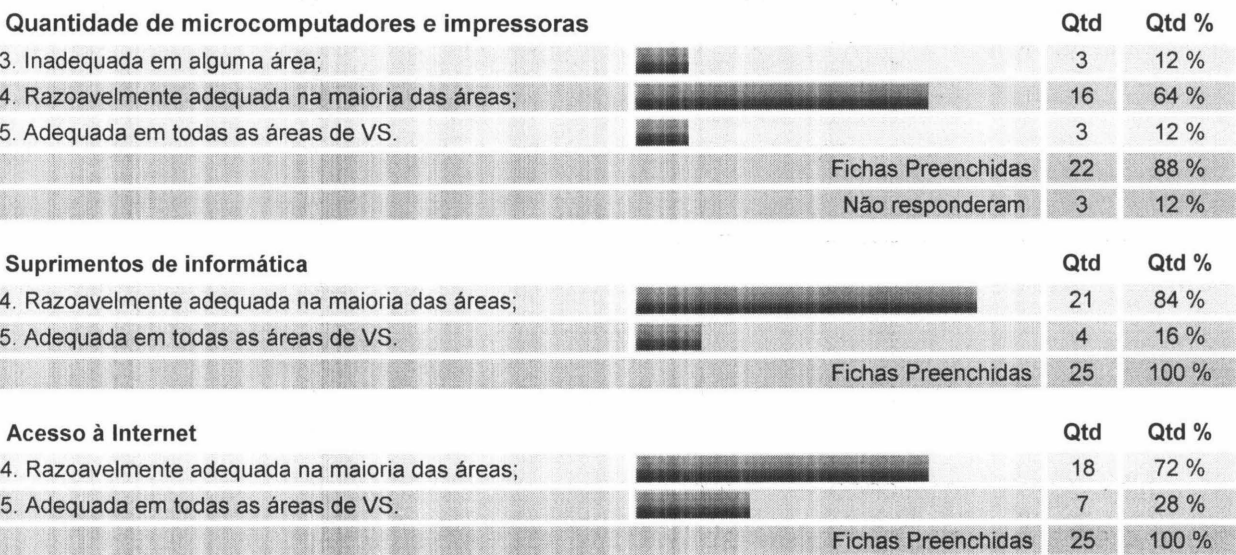
O desenvolvimento dos sistemas de informação, em geral tem ocorrido através do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, órgão do Ministério da Saúde. Outros programas têm sido desenvolvidos por empresas contratadas pelo Ministério da Saúde, ANVISA e outros órgãos estaduais, e disponibilizados aos estados e municípios de forma gratuita.

Quanto à informatização, o Ministério da Saúde e, em especial o Estado do Paraná, têm contribuído com o fornecimento de equipamentos aos municípios. Isto já ocorreu com os equipamentos para vigilância sanitária (um equipamento completo), para a vigilância epidemiológica (de dois a três equipamentos) foram repassados aos municípios).

A situação de informatização na 8ª RS pode ser considerada razoavelmente adequada, porém seria necessário profissional da área de informática para o apoio técnico específico aos municípios.

Nos municípios a situação de informática se encontra da seguinte forma:

Gráfico 34. Disponibilidade de informática para as atividades de Vigilância em Saúde nos municípios



Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

4.7.3 Recursos Financeiros para as ações de Vigilância em Saúde

Para a Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, o financiamento das ações acontece via recursos repassados ao Estado pelo Fundo Nacional de Saúde

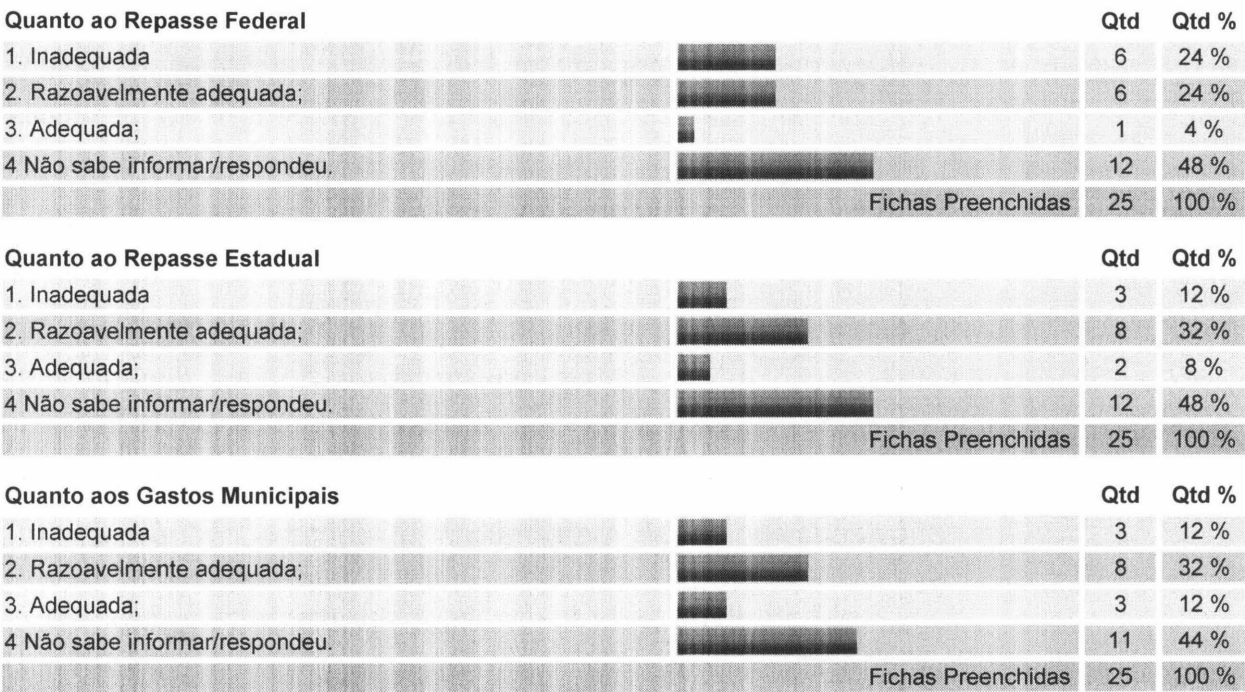
pelo Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA). Ao contrário dos municípios, há recursos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, pois há financiamento para o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, que são distribuídos para as regionais de saúde. Os recursos do Teto Financeiro da Vigilância Saúde, pela amplitude de programas e ações, têm os recursos mais limitados.

A exposição sobre os Tetos Financeiros se encontra disponível na revisão bibliográfica, item 2.6, e nos anexos I e II.

A forma de financiamento não segue uma regra comum para as suas várias áreas. Nos pontos abaixo serão apontadas as percepções dos municípios quanto ao financiamento das ações de Vigilância em Saúde nas suas várias áreas.

a) Financiamento da Vigilância Ambiental de Saúde.

Gráfico 35. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Ambiental em Saúde

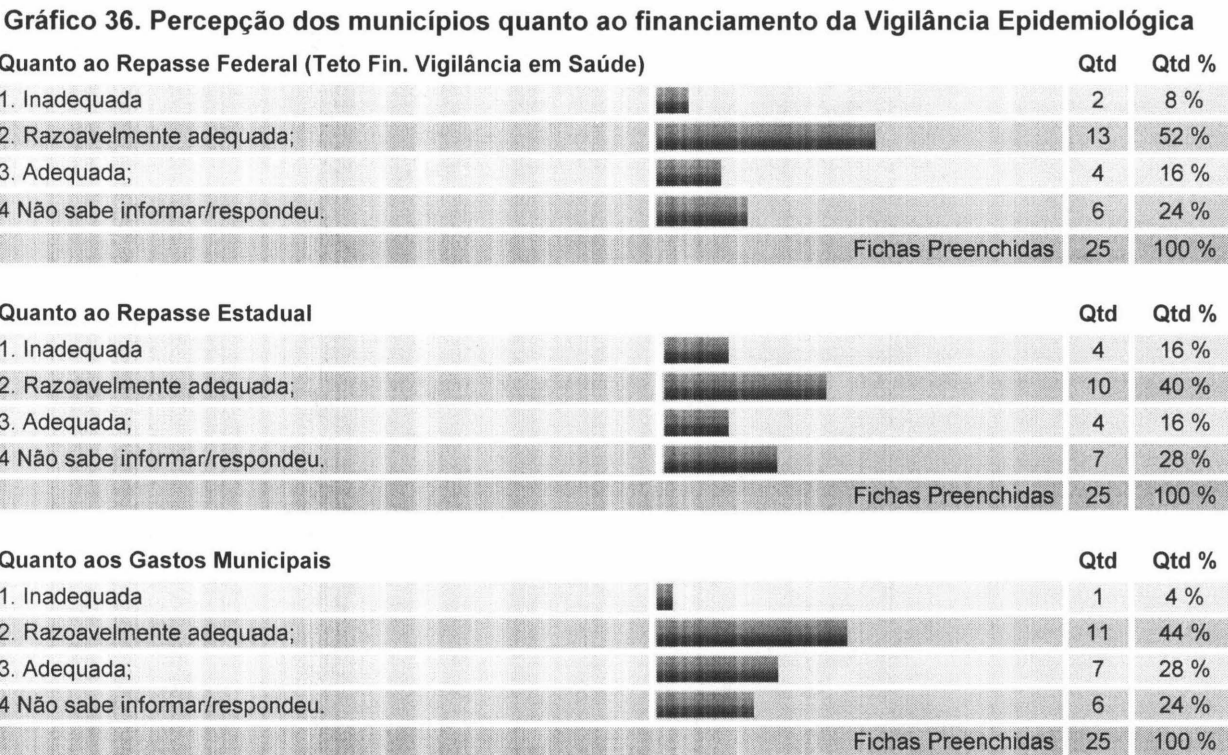


Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Pode-se observar que os municípios não têm pleno conhecimento da forma de repasse dos recursos da área de Vigilância Ambiental em Saúde, que se encontra junto ao financiamento do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS). Nessa área, o Estado do Paraná complementa o financiamento federal para os municípios de menor porte para que recebam no mínimo R\$ 1.000,00. Por isso se explica a grande quantidade de técnicos que não responderam o item.

Já para os gastos municipais, há uma predominância em considerar os gastos adequados ou razoavelmente adequados.

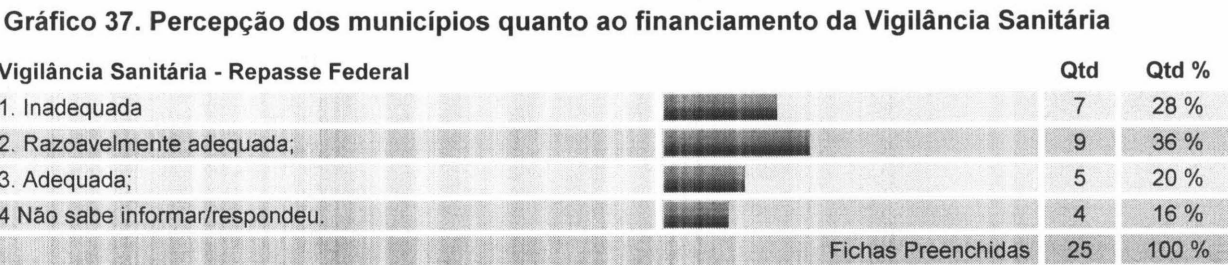
b) Para o financiamento da Vigilância Epidemiológica foram obtidas as seguintes respostas:



Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Já para essa área há uma maior predominância na resposta razoavelmente adequada ou adequada em todos os níveis, pois há um maior relacionamento dos repasses a essa área, pois anteriormente o TFVS era chamado de Teto Financeiro da Epidemiologia e Combate às Doenças (TFECD).

c) Quanto ao financiamento da área de Vigilância Sanitária, foram obtidas as seguintes respostas:



Vigilância Sanitária - Repasse Estadual			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		8	32 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		8	32 %
3. Adequada;	<div></div>		4	16 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		5	20 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Vigilância Sanitária - Gastos Municipais			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		4	16 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		8	32 %
3. Adequada;	<div></div>		10	40 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		3	12 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

As respostas predominam para o nível Federal em adequadas e razoavelmente adequadas ao Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA).

Já para os repasses estaduais, 62% das respostas foram adequadas ou razoavelmente adequadas. Ao contrário do TFVS, não há complementação estadual de recursos nessa área fundo a fundo. Os municípios podem estar entendendo os repasses de equipamentos ou o financiamento da TFVS como repasses na área de vigilância sanitária.

Para os gastos municipais em vigilância sanitária predominam a as respostas razoavelmente adequadas (36.36 %) e adequadas (45.45 %).

Importante ressaltar que a Vigilância Sanitária é praticamente a única área no SUS que arrecada diretamente recursos com suas taxas sanitárias, federais ou municipais. O Estado do Paraná aboliu a cobrança das taxas estaduais com a implantação da municipalização nessa área.

d) Quanto ao financiamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador, foram obtidas as seguintes respostas:

Gráfico 38. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador

Quanto ao Repasse Federal			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		9	36 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		4	16 %
3. Adequada;	<div></div>		1	4 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		11	44 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Quanto ao Repasse Estadual			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		9	36 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		4	16 %
3. Adequada;	<div></div>		2	8 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		10	40 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Quanto aos Gastos Municipais			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		8	32 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		3	12 %
3. Adequada;	<div></div>		5	20 %
4 Não sabem informar/respondeu.	<div></div>		9	36 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

A predominância de municípios que não sabe informar ou respondeu a questão, e respostas inadequadas é compreensível por não haver um financiamento direto aos municípios (fundo a fundo) para essa área.

e) Quanto ao financiamento da Vigilância Nutricional, foram obtidas as seguintes respostas constantes no gráfico 39:

Gráfico 39. Percepção dos municípios quanto ao financiamento da Vigilância Nutricional

Vigilância Nutricional - Repasse Federal			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		5	20 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		7	28 %
3. Adequada;	<div></div>		1	4 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		12	48 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Vigilância Nutricional - Repasse Estadual			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		4	16 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		8	32 %
3. Adequada;	<div></div>		1	4 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		12	48 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Vigilância Nutricional - Gastos Municipais			Qtd	Qtd %
1. Inadequada	<div></div>		5	20 %
2. Razoavelmente adequada;	<div></div>		5	20 %
3. Adequada;	<div></div>		5	20 %
4 Não sabe informar/respondeu.	<div></div>		10	40 %
Fichas Preenchidas			25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Da mesma forma que a Vigilância em Saúde do Trabalhador, não há financiamento no campo específico da saúde para essa área. Existem os repasses para a gestão do programa bolsa família, repasses desse programa às pessoas

beneficiadas, e, de caráter estadual, os repasses para o programa do leite das crianças. Mas nem sempre a gestão dos mesmos fica na área de saúde, a qual compete gerir o SISVAN, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, pré-requisito para serem beneficiados nos dois programas, e essencial para a boa gestão os mesmos.

Dessa forma também surpreende as respostas adequadas e razoavelmente adequada para os repasses federais e estadual. Também é natural a falta de resposta e considerar que os repasses federais e estaduais são inadequados.

Quanto a pergunta se o município efetuou gastos próprios na área de Vigilância em Saúde, foram obtidas as seguintes respostas.

Gráfico 40. Gastos com recursos próprios (tesouro municipal) em Vigilância em Saúde

nos últimos 2 (dois) anos:		Qtd	Qtd %
1. Sim (realizou gastos com recursos próprios)		16	64 %
2. Não realizou gastos com recursos próprios		2	8 %
3. Não sabe informar		7	28 %
Fichas Preenchidas		25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios.

Gráfico 41. Municípios que informaram gastos em Vigilância em Saúde no SIOPS em 2008

	Qtd	Qtd %
Vigilância Sanitária	6	24 %
Vigilância Epidemiológica (pode incluir gastos com Vigilância Ambiental em Saúde)	4	16 %
Alimentação e Nutrição	3	12 %
Municípios que informaram no SIOPS sem registro de gastos com áreas da Vigilância em Saúde em 2008	12	48 %
Município não informou SIOPS em 2008	7	28 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: BRASIL(aq), 2009, consulta SIOPS Março de 2009.

A resposta preponderante “Sim” (64%), contrasta com as informações do SIOPS onde 8 municípios (29,6 %) não informaram os seus gastos no programa. Dos 19 municípios que registraram no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) os seus gastos com o SUS municipal, 13 (48,1%) não registraram nenhum gasto com Vigilância em Saúde, e 06 (seis – 22,2%) informaram gasto em alguma área na Vigilância em Saúde, sendo 06 (22,2%) na vigilância sanitária, 04 (14,8%) na vigilância epidemiológica e 02 (7,4%) com alimentação e nutrição.

Observa-se que estão ocorrendo falhas ou erros nos registros contábeis nos municípios, que normalmente agrupam todos os gastos na área da atenção básica.

Esquecem de registrar os gastos com a manutenção das vigilâncias como um todo, inclusive a contrapartida que ocorre com a contratação dos servidores municipais da área.

4.7.4 Recursos Humanos

Neste ponto será explanada quanto a formação dos profissionais existentes nos municípios, a exclusividade desses profissionais, investidura dos profissionais pelo poder legal, quanto ao tempo de serviço em vigilância em saúde dos profissionais e capacitação. Outros pontos relativos aos recursos humanos se encontram no item 4.5.

a) Quanto à formação dos profissionais existentes nos municípios:

Apesar de erros de preenchimento com a inclusão profissionais da atenção básica em alguns questionários, se encontram nos gráficos 42 e 43.

Gráfico 42. Profissionais de Nível Superior existentes na de Vigilância em Saúde nos municípios

	Qtd	Qtd %
03. Agrônomo	1	4 %
04. Arquiteto	1	4 %
05. Biólogo	1	4 %
08. Enfermeiro	23	92 %
09. Engenheiro	1	4 %
11. Farmacêutico	6	24 %
12. Fisioterapeuta	1	4 %
14. Médico	3	12 %
15. Médico Veterinário	8	32 %
16. Nutricionista	3	12 %
17. Odontólogo/Cir. dentista	2	8 %
22. Zootecnólogo	1	4 %
23. Inspetor (nível superior)	2	8 %
24. Fiscal (nível superior)	2	8 %
25. Auditor	2	8 %
Fichas Preenchidas	24	96 %
Não responderam	1	4 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Os recursos humanos da 8ª RS possuem limitações já apresentadas no item 4.5.1.d.

Nos municípios há um perfil variado de profissionais, porém nem sempre na quantidade e qualificação necessária ao desenvolvimento de todo o campo de ações da Vigilância em Saúde. Por esse motivo os municípios têm solicitado com

frequência apoio em caráter complementar ou suplementar para as ações de vigilância sanitária e em saúde do trabalhador. É preponderante a existência nos municípios de enfermeiros 23(96%) e veterinários 8(32%) e a praticamente ausência de farmacêuticos, 2 (8%) (que são específicos de VISA), dentistas 2(8%); a ausência de engenheiro ou tecnólogos de saneamento. Estes profissionais são a referência para Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Um problema que afeta especialmente os profissionais de nível superior, é o acúmulo de atividades pela não exclusividade de atuação na área de Vigilância em Saúde.

Gráfico 43. Profissionais de nível médio e elementar existentes na de Vigilância em Saúde nos municípios

	Qtd	Qtd %
01. Agente de Saúde	11	44 %
02. Agente Administrativo	3	12 %
06. Auxiliar de Enfermagem	11	44 %
07. Auxiliar de Administração	4	16 %
08. Guarda Sanitário	1	4 %
09. Guarda de Endemias/Agente da dengue	16	64 %
10. Inspetor Sanitário (Nível Médio)	11	44 %
11. Fiscal (Nível Médio)	2	8 %
13. Técnico de Enfermagem	4	16 %
14. Técnico de Saneamento	1	4 %
15. Técnico de Vigilância Ambiental	2	8 %
17. Técnico de Vigilância Sanitária	7	28 %
19. Técnico de Higiene Dental	1	4 %
20. Atendente de Consultório Dentário	2	8 %
22. Auxiliar de Laboratório	1	4 %
Fichas Preenchidas	25	100 %
Não responderam	0	0 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Para os profissionais de nível médio, faltam técnicos de vigilância (em saúde, sanitária, epidemiológica ou ambiental).

Gráfico 44. Quanto à exclusividade dos profissionais de Nível Superior na Vigilância em Saúde:

	Qtd	Qtd %
1) Nenhum profissional é exclusivo da VS;	9	36 %
2) Alguns são exclusivos da VS	12	48 %
3) A maioria é exclusiva da VS	2	8 %
4) Todos são exclusivos da VS	1	4 %
5) Não sabe informar	1	4 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

b) Quanto à exclusividade dos profissionais de Vigilância em Saúde:

Apenas 3 (12%) dos municípios informaram que possuem profissionais exclusivos para a área de Vigilância em Saúde, e em 9 (36%) municípios nenhum é exclusivo.

c) Quanto aos profissionais investidos de poder (autoridade Sanitária):

Neste ponto apenas quatro (16%) municípios declararam possuir “todos os técnicos” nomeados como “Autoridade Sanitária”, no caso Santo Antônio do Sudoeste, Realeza, Nova Esperança do Sudoeste e Dois Vizinhos. Nove (36%) municípios possuem alguns ou a maioria dos técnicos nomeados como “autoridade sanitária” e 14 municípios (56%) não possui nenhum técnico nomeado, ou não forneceram essa informação.

d) Quanto ao Tempo de Serviço em Vigilância em Saúde:

Nos municípios o perfil dos servidores que atuam na Vigilância em Saúde é “jovem”, com menos tempo de atuação na área: Dos 191 profissionais informados, são 45 (23,6%) com até 1 ano; 80(41,9%) com mais de 1 a 5 anos; 42(22%) com mais de 5 a 10 anos; 14(7,3%) com mais de 10 a 20 anos; e 10(5,2%) com mais de 20 anos. Já na 8ª Regional: se observa um perfil de profissionais mais tempo de serviço e experientes: Dos 16 profissionais indicados para a área (incluindo estagiário e técnica da atenção primária), uma (6,25%) possui até 1 ano; não há profissionais entre 1 a 5 anos (-); 02 (12,5%) com mais de 5 a 10; 06 (37,5%) com mais de 10 a 20 anos; e 07 (43,75%) com mais de 20 anos. Importante ressaltar que os dois profissionais entre 5 e 10 anos de atuação em Vigilância em Saúde são provenientes de outras áreas da saúde, e já possuem mais de 20 anos de serviço.

e) Formação e capacitação:

Nas respostas ao questionário, foram levantadas demandas em praticamente de todos os tipos de cursos para capacitação dos profissionais de Vigilância em Saúde, com prevalência nos cursos básicos de formação:

Gráfico 45. Expectativa de capacitação aos dos profissionais de Vigilância em Saúde:

		Qtd	Qtd %
1) Oficinas técnicas específicas	<div></div>	20	80 %
2) Treinamento em conceitos básicos na área de Vigilância em saúde	<div></div>	19	76 %
3) Técnico em Vigilância em Saúde	<div></div>	18	72 %
4) Especialização na área de Vigilância em saúde	<div></div>	17	68 %
5) Especialização em Saúde Pública	<div></div>	14	56 %
6) Especialização em outras áreas	<div></div>	11	44 %
7) Mestrado profissional na área de Vigilância em saúde	<div></div>	12	48 %
8) Mestrado profissional em Saúde Pública	<div></div>	11	44 %
9) Mestrado profissional em outras áreas	<div></div>	10	40 %
10) Mestrado strictu sensu na área de Vigilância em saúde	<div></div>	10	40 %
11) Capacitação Inicial nas áreas específicas da Vigilância em Saúde	<div></div>	14	56 %
Fichas Preenchidas		23	92 %
Não responderam		2	8 %

Fonte: Pesquisa de campo do autor nos municípios

Dessas, as que possuem o pedido de realização no curto prazo seriam oficinas específicas (60%); Treinamento em conceitos básicos (45%); e Capacitação Inicial nas áreas específicas da Vigilância em Saúde (67%). Com pedidos preponderantes de médio prazo, são: Técnico de Vigilância em Saúde (47,6%); Especialização em Vigilância em Saúde (61%). Os demais têm expectativa de longo prazo. Outros cursos de especialização e mestrado, apontados por 40% dos municípios foram elencados na sua maioria como de longo prazo.

4.8. DISCUSSÃO DA POLÍTICA PÚBLICA PARA ORGANIZAR OS SERVIÇOS

Com base nos resultados da pesquisa bibliográfica, na legislação vigente que orienta a organização dos serviços, nos resultados dos questionários, foram levantados os seguintes pontos que devem ser modificados para a melhor organização das ações de vigilância em Saúde no âmbito da 8ª Regional de Saúde, separando a discussão em relação à estrutura regional; estruturas municipais; financiamento das ações, discussão sobre as atuais normas de equipes mínimas entre outros pontos.

A situação encontrada nos municípios explica, em parte, o resultado no cumprimento das metas pactuadas na Programação de Ações Prioritárias da

Vigilância em Saúde (PAVS), onde em 2007, a média regional ficou em 67%. Este resultado pode ser considerado baixo. Para 2008 os resultados ainda não estão completamente fechados.

4.8.1 Papel do Estado na descentralização das ações de Vigilância em Saúde.

Neste ponto, com base nos resultados obtidos com a entrevista, serão discutidos os problemas principais na política de descentralização da Vigilância em Saúde do Estado para os municípios e a estrutura da Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde (8ª RS), que se encontra na Seção de Vigilância em Saúde. (SCVGS/8ª RS)

a) Descentralização das ações de Vigilância em Saúde pelo do Estado.

No Paraná sempre houve uma política contínua de descentralização de todas as atividades operacionais do Sistema Único de Saúde aos municípios. Na área de Vigilância em Saúde isto ocorreu inicialmente pela Vigilância Sanitária, tão logo foi promulgada a Lei nº 8.080/90. Com a mesma, pois funcionavam de forma conjunta na 8ª RS, descentralizaram-se ações de saneamento básico e ambiental, hoje nomeadas Vigilância Ambiental em Saúde. Na 8ª RS esta descentralização atingiu praticamente o ápice, onde todos os municípios pactuaram assumir as ações estratégicas de Vigilância Sanitária previstas na Portaria GM/MS 1.998/07. Porém há pontos que necessitam ser discutidos, face à realidade do porte dos municípios da região e do Estado do Paraná, em sua maioria de pequeno porte. Esses municípios dificilmente terão condições de possuir uma equipe mínima multiprofissional, por vezes com exigência de ser especializada. Neste ponto, faz-se o dever de Estado de cumprir com o seu papel de ação suplementar e complementar. Mas para isto há necessidade de possuir equipe em quantidade, capacitada e qualificada para esse fim.

A Vigilância Epidemiológica foi descentralizada no final do século XX, quando todos os municípios da região foram certificados no ano 2.000 para receberem recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Combate a Doenças (TFECD).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador inicia as suas atividades em âmbito regional, com propostas de descentralização aos municípios, porém ainda sem recursos.

Nesses 20 anos de SUS, os serviços descentralizados, que atendiam exigências de recursos humanos e de equipamentos de sua respectiva época, passaram por vários gestores municipais de saúde, nem sempre mantendo as suas equipes, ou priorizando essa área. Técnicos capacitados e com conhecimento da área foram substituídos por outros que não conhecem as normas e exigências legais na execução dos serviços. Muitos serviços melhoraram com a descentralização, e outros perderam qualidade. Perderam-se rotinas de trabalho, de organização de serviços, especialmente na área de Vigilância Sanitária que precisam ser resgatadas.

Até a década de 80 e início da década de 90, trabalhavam-se conceitos de risco a saúde. Com a instalação da ANVISA, priorizaram-se critérios de complexidade, a exemplo da Portaria GM/MS nº 2.473 de 29 de dezembro de 2003. Agora com novo Plano Diretor de Vigilância Sanitária e a Portaria GM/MS 1.998/07, fruto das discussões do Pacto pela Saúde, retorna-se as origens da prioridade de trabalho por risco epidemiológico/sanitário.

Porém na área de saúde, para estruturar os serviços, em qualquer área, trabalha-se com risco e complexidade. As deliberações da CIB/PR que normatizam as equipes mínimas ficaram atualmente obsoletas pela substituição das portarias que lhes deram origem. Dessa forma faz-se urgente a substituição das mesmas, porém que sejam estabelecidos com base em porte dos municípios, critérios de risco e complexidade, e o papel do Estado como órgão competente para assumir as ações de caráter complementar e suplementar quando os municípios não têm condições de assumir essas atividades.

b) Estrutura organizacional a 8ª Regional de Saúde

Com a implantação do novo organograma para as regionais de saúde, previsto pelo Decreto Estadual do Paraná nº 777/2007 a concentração de praticamente todas as atividades de Vigilância em Saúde numa única seção, a Seção de Vigilância em Saúde (SCVGS/8ª RS) forçou a integração dos recursos

humanos, materiais e de estrutura física das antigas Seções: Seção de Ação sobre o Meio (SAM), que integrava a vigilância sanitária, ambiental em saúde, e parte das ações de vigilância em saúde do trabalhador; e a Seção de Vigilância Epidemiológica (SVE), onde se encontravam as atividades de vigilância epidemiológica, controle de doenças e parte das ações da atenção básica e do novo setor de insumos.

Isto agrupou numa única chefia as atividades que anteriormente duas pessoas eram responsáveis por coordenar. Esta área acabou por concentrar quase 50% das demandas de documentos provenientes do nível central da SESA/PR que solicitam ações e informações do nível regional. Com o agrupamento, isto cria uma grande dificuldade à nova chefia da SCVGS em gerenciar a amplitude de demandas provenientes de quatro vigilâncias. Também não houve correspondência com o nível central, onde a Superintendência de Vigilância em Saúde possui quatro departamentos técnicos específicos: de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, de Controle de Agravos Estratégicos, de a Vigilância Ambiental em Saúde e um Centro Estadual de Saúde do Trabalhador.

Para exemplificar a demanda de atividades, foi analisado o protocolo de documentos da Divisão de Atenção à Saúde (DVASA) para os setores de sua responsabilidade, onde também havia demandas para setores administrativos. De janeiro a dezembro de 2008, das 1.601 correspondências com demandas para as quatro áreas técnicas que compõe a DVASA (SCAPS, SCRCA, SCINS e SCVGS), 701 (43,8%) foram encaminhadas à SCVGS/8ª RS.

Esperava-se que com a proposta de reorganização, a área de Vigilância em Saúde se estruturasse nas regionais de saúde na forma de divisão, e as três áreas principais na forma de seções, no caso de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de ações sobre o meio que concentraria as ações de vigilância ambiental em saúde e vigilância em saúde do trabalhador.

É indiscutível a necessidade de integração nesta área, mas isso não significa apenas juntar pessoas num único espaço. Deve-se promover a qualidade dos serviços e a possibilidade de uma melhor assessoria aos municípios.

c) Equipe técnica da SCVGS/8ª RS

A SCVGS/8ª RS possui equipe capacitada, porém limitada em número e qualificação dos servidores disponíveis, com carência de vários profissionais. Há grande demanda de ações em caráter suplementar e complementar nos municípios, e não possui na equipe: farmacêutico, odontólogo, engenheiro e médico. Possui quantidade insuficiente de enfermeiros em relação aos programas que necessitam de suporte e não há técnicos de informática, para dar suporte aos sistemas informatizados. A relação nº de municípios por servidor dificulta atividades de assessoria, capacitação, entre outras atividades.

O acúmulo de atividades é praticamente geral, com preponderância na vigilância epidemiológica com a necessidade de manter, acompanhar e assessorar quantos aos vários sistemas de informação na área.

Outro ponto importante na 8ª Regional de Saúde, e na Secretaria de Estado de Saúde do Paraná como um todo, é a necessidade de recompor e renovar as equipes de trabalho. O último grande concurso para contratação de servidores estaduais de saúde ocorreu em 1988. Os funcionários, que na maior parte assumiram as suas vagas em 1989, já se encontram com 20 anos de serviço. Muitos dos contratados anteriormente a esse concurso, já estão se aposentando ou já possuem tempo suficiente para se aposentar.

Isto se faz necessário para que a 8ª Regional de Saúde cumpra com a sua função de supervisionar e assessorar os municípios, atividade que se encontra prejudicada pela falta de pessoal e acúmulo de atividades pela demanda de atividades.

Há previsão e notícias que haverá concurso para a SESA/PR neste ano.

d) Equipamentos:

A SCVGS/8ª RS conta com uma razoável estrutura de equipamentos de apoio ao seu trabalho. Necessita melhorar a questão dos seus veículos que se encontram com vida útil vencida, pelo tempo ou excesso de utilização dos mesmos. Não possui equipamentos de apoio as ações de vigilância em saúde do trabalhador, e, por falta de área física adequada, necessitou devolver os equipamentos de combate à dengue (Unidades de Ultra Baixo Volume – UBV).

Como os 92% dos municípios da região são de pequeno porte, os mesmos não têm condições de adquirir e manter os equipamentos mais caros, que a própria regional não possui, como medidores de radiação; contadores de partículas, entre outros.

4.8.2 Papel dos municípios na Vigilância em Saúde.

É indiscutível que os municípios assumiram papel preponderante e são os principais responsáveis pela operacionalização das ações de Vigilância em Saúde. Porém nem sempre os mesmos possuem condições técnicas e financeiras de manter adequadamente esses serviços.

O pequeno porte dos municípios é um fator tanto restritivo como às vezes facilitador das ações de prevenção. É restritivo, pois dificulta, em termos financeiros, manter equipes multiprofissionais, técnicos exclusivos e especializados, adequar-se quanto aos instrumentos, equipamentos e materiais necessários às atividades. Os profissionais existentes ficam sobrecarregados com as várias funções, programas e demandas que têm que acumular. É facilitador, pois em pequenos municípios os profissionais têm maior conhecimento de sua realidade, população, concentram informações, facilita deslocamento, têm um menor número de ações, estabelecimentos a vistoriar, casas a visitar e amostras a coletar.

A sobrecarga de demandas e atividades nos pequenos municípios é mais intensa. Trata-se de uma pirâmide invertida, pois no nível federal há vários departamentos, técnicos e instituições para tratar de cada ponto específico da Vigilância em Saúde. No Estado no nível central, isto começa a concentrar em um número menor de setores e pessoas que o federal. Nas regionais as atividades se concentram em um único setor e um grupo limitado de técnicos. Nos municípios de pequeno porte as demandas sobrecarregam um número muito reduzido de profissionais de nível superior, quando não ocorre de haver um único profissional que ainda atua em outras áreas do SUS municipal.

Devem ser buscadas alternativas para garantir a existência ou acesso às equipes mínimas para a execução de atividades que exigem equipes

multiprofissionais, às vezes especializadas nos municípios de porte reduzido e pequeno porte.

Fig. 10. Pirâmide invertida de demandas



Fonte: Adaptação do autor à figura pirâmide de pessoas

a) A estrutura formal dos serviços de Vigilância em Saúde.

Dos 25 municípios que responderam o questionário apenas 8 (32%) alegaram possuir organograma funcional. Os demais informaram não possuir ou não responderam a questão. Isto pode ser um equívoco ou desconhecimento dos mesmos, pois, normalmente, no ato de criação de secretarias e departamentos nos municípios, também se estabelece o organograma funcional. O organograma tem importância para estabelecer a hierarquia necessária nas decisões processuais que ocorrem no âmbito do SUS e em especial na Vigilância em Saúde.

Nos municípios existe a necessidade de estrutura formal e legal especialmente na área de Vigilância Sanitária, face ao poder de polícia existente e preponderante nesta área. Observa-se pelas respostas dos municípios ao questionário que na região nenhum município atende plenamente a essa exigência

na Vigilância Sanitária. A maioria tem pendência quanto a instituir legalmente o poder de “autoridade sanitária” aos profissionais que atuam na Vigilância Sanitária. Três municípios informaram não possuir ato criando oficialmente o órgão de vigilância sanitária. Quatro municípios não indicaram qual ato legal conduzirá os seus processos administrativos.

Analisando apenas pelo aspecto de estrutura formal, e informações obtidas no questionário, dos 27 municípios, 7 (26%) municípios, no caso: Ampére, Dois Vizinhos, Marmeleiro, Francisco Beltrão, Renascença, Salgado Filho e Santa Izabel do Oeste possuem estrutura formal nas quatro áreas principais da Vigilância em Saúde. Neste caso excluiu-se a Vigilância Nutricional, onde as ações que envolveria o poder de polícia são exercidas pela vigilância sanitária de alimentos. Dois municípios (7,4%), Enéas Marques e São Jorge D'Oeste atendem quanto à estrutura formal nas três áreas principais, Vigilâncias Ambiental em Saúde, Epidemiológica e Sanitária. Neste caso excluiu-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador, onde as ações que envolveria o poder de polícia podem ser exercidas pela vigilância sanitária de ambientes. Os demais 18 municípios (66,6%) têm pendência de estrutura formal em pelo menos uma das três áreas principais que exercem funções diárias e que podem demandar ação de poder de polícia.

Apesar de não ser tão explícito para a vigilância ambiental em saúde, epidemiológica e da saúde do trabalhador, estas também poder gerar atos administrativos de restrição aos direitos individuais. Portanto também devem ser formalmente instituídos. Todas as áreas que se utilizam do poder de polícia para exercer as suas funções, devem possuir uma estrutura formal, que permita ao usuário, ou setor “regulado”, ou sejam sobre as pessoas, empresas e órgãos sobre os quais são aplicadas as normas, conhecer claramente os passos e a quem deve recorrer tanto para solicitar ações como para contestar ações promovidas pelos órgãos de vigilância. Os códigos de saúde possuem um fluxo de recurso.

No Código Estadual de Saúde do Paraná, em seus artigos 71 e 72 prevê

Art. 71. Decidida a aplicação de penalidade, caberá recurso, em primeira instância, à autoridade superior, dentro da esfera governamental sob cuja jurisdição se haja instaurado o processo.” e em segunda instância

Art. 72. Da decisão da autoridade superior, mantendo ou não a aplicação da penalidade, caberá recurso em segunda e última instância ao Secretário de Estado da Saúde ou ao Secretário Municipal de Saúde, conforme a jurisdição em que se haja instaurado o processo. (PARANÁ(q), 2002, p. 41 e 42)

A Vigilância sanitária possui ainda aspectos quanto à exigência de profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal, ou seja, nomeados como “autoridade sanitária”. Neste ponto, dos que responderam o questionário apenas quatro (16%) municípios declararam possuir “todos os técnicos” nomeados como “Autoridade Sanitária”, no caso Santo Antônio do Sudoeste, Realeza, Nova Esperança do Sudoeste e Dois Vizinhos. Nove (36%) municípios possuem alguns ou a maioria dos técnicos nomeados como “autoridade sanitária” e 14 municípios (56%) não possui nenhum técnico nomeado, ou não forneceram essa informação.

Outra exigência legal para a Vigilância Sanitária é possuir Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal, onde, dos 27 municípios, 23 (85%) possuem código de postura e/ou utilizam o Código de Saúde do Estado, e apenas 4 municípios (15%) não possuem e/ou não indicaram instrumento legal para esse fim.

Estas pendências podem tornar nulos todos os atos praticados pelos profissionais ou serviço caso não estejam formalmente instituídos.

b) Equipes municipais de Vigilância em Saúde.

Com a descentralização das ações de Vigilância em Saúde aos municípios, ocorreu um sensível aumento dos profissionais de saúde nessa área se comparado com o início de 1990.

Na área de vigilância sanitária, nenhum município atende plenamente a Deliberação CIB/PR 16/04. Os mais próximos de atender são os municípios de médio porte como Dois Vizinhos e de maior porte como Francisco Beltrão, que têm boa arrecadação com taxas sanitárias e um maior valor de repasses federais pelo critério populacional. Não há norma quanto à equipe mínima para a vigilância sanitária considerada “básica”, ou “de menor risco sanitário”.

Preocupa também o pequeno número de servidores exclusivos, o que pode gerar problemas face ao já descrito nas considerações legais sobre a ação na Vigilância em Saúde

Na vigilância epidemiológica (VE), dos 27 municípios, 13 (48%) municípios não atendem a deliberação CIB/PR 12/2000. Quatorze (52%) municípios cumprem a

norma, mas há dúvidas quanto a 7 municípios que declararam possuir equipe adequada ao seu nível, mas que necessitaram profissional exclusivo de nível médio.

Na vigilância ambiental em saúde (VAS), foi levantada apenas a questão do Programa Nacional de Controle à Dengue. Dos 27 municípios, apenas 5 (18,5%) não atenderiam a equipe mínima.

Para as áreas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) e Vigilância Nutricional (VN) não estão estabelecidas equipes mínimas. Também nestas áreas ocorreu um menor número de informações de possuir profissional responsável. Dos 27 municípios, somente 9 (33,3%) municípios informaram possuir profissional em VST e VN.

Quanto a forma de contrato de trabalho observa-se uma considerável proporção municípios com profissionais estáveis (Quadro funcional-estatutário; contrato permanente – CLT) que, nos 25 municípios que responderam o questionário, representam 11 (44%) em VAS; 15 (60%) em VE; 19 (76%) em VISA; 4 (16%) em VST e 01 (4%) em VN. Estas duas últimas áreas com muito poucos profissionais ou com muitas fichas sem preenchimento. A estabilidade proporciona a continuidade dos serviços e a permanência da “cultura institucional”, pois são áreas que necessitam de muitos anos para um aprendizado das respectivas especificidades. Ainda preocupa a presença de formas de contrato instáveis (contrato temporário; função exclusiva em cargo de comissão; profissionais terceirizados) que representam 7 (28%) em VAS; 9 (36%) em VE; 13 (52%) em VISA; 2 (12%) em VST e 2 (8%) em VN. Ressalte-se que os municípios podem possuir simultaneamente todas as formas de contrato. Na Vigilância Sanitária há um ponto que pode provocar a nulidade das ações de poder de polícia que seriam executadas por funcionários terceirizados já que pode ser questionável o entendimento desses como servidores públicos, pois o contrato é com uma empresa, normalmente de caráter privado, e de forma indireta com o profissional, quebrando a ação típica de Estado.

Com as constantes mudanças de gestão, profissionais são trocados de setor, demitidos, outros contratados, e a 8ª Regional de Saúde, apesar de várias tentativas, ainda não conseguiu atualizar o cadastro nessa área. Cadastros nacionais também estão desatualizados.

Conforme exposto acima, devem-se buscar alternativas para possibilitar a existência e atuação de equipes multiprofissionais na Vigilância em Saúde, visto as suas características específicas.

A Lei 8.080/90 aponta uma saída aos municípios, em seu artigo 10º, que são os consórcios públicos de saúde:

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL(b), 1990, p.18055)

Já existem vários consórcios de saúde estabelecidos no Estado do Paraná, porém, deve ser observada uma questão importante: o poder de polícia, inerente às atividades da Vigilância em Saúde. Esses consórcios teriam que ser público-públicos, para que seja mantida a prerrogativa de ação exclusiva de Estado. Enquanto boa parte dos consórcios de saúde existente adota caráter público/privado, pois necessitam maior agilidade em suas ações. Por isso não seria viável utilizar os mesmos para essa finalidade.

Seria necessária a criação de autarquias intermunicipais, mudança nas respectivas legislações municipais, permitindo a ação desses órgãos nos respectivos municípios.

Outra possibilidade seriam as parcerias ou consórcios informais, onde um grupo de municípios contrata um profissional de cada área para colaborar nas ações uns dos outros. Porém ainda é necessário que haja um profissional em cada município, pois o técnico de um município não tem poder de polícia no município vizinho.

Porém a alternativa, mais fácil e prática, continua sendo a ação complementar e suplementar do Estado, já prevista em Lei. Mas para isso é necessário recompor as equipes regionais, e essa ação deve ser pontual, e não substituir totalmente os municípios em suas competências municipais.

Nessa área é urgente a redefinição das deliberações que determinam as equipes mínimas, por não estarem adequadas às normas e conceitos atuais de

Vigilância em Saúde, por não contemplarem todas as áreas que compõem a VS e não se adequar à realidade de pequenos municípios no Estado do Paraná.

Da mesma forma é importante regulamentar a classificação de estabelecimentos por risco sem desconsiderar a complexidade na execução das atividades.

Infelizmente se perderam no tempo a organização e classificação dos serviços quanto ao risco epidemiológico no Estado do Paraná com a descentralização aos municípios e adoção pela Portaria GM/MS nº 2.473 de 2003 de critérios de complexidade. O elenco da Vigilância Sanitária Básica instituída pela Portaria GM/MS nº 3.950 de 29 de novembro de 1998, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 277 de 22 de junho de 2004, quando na época os recursos da Vigilância Sanitária eram repassados para o Piso da Atenção Básica.

Poderia ser resgatada, como base, para discussão inicial, a antiga classificação sanitária de estabelecimentos para taxa sanitária e licenciamento de estabelecimentos, prevista na Resolução SESA/PR nº 05 de 11 de março de 1987.

Nessa estava previsto:

III- CRITÉRIOS

Para fins desta Norma Técnica Especial os estabelecimentos comerciais, industriais e prestadores de serviços de qualquer natureza foram divididos em dois grupos, abrangendo o primeiro deles os estabelecimentos classificados como de maior risco epidemiológico, de acordo com as Normas técnicas da Coordenadoria de Saneamento do Meio; e o segundo, abrangendo os demais estabelecimentos que estão sujeitos a inspeções eventuais.

Para efeitos desta norma técnica Especial, entender-se-á:

1 – risco epidemiológico como a possibilidade de transmissão de agente patógeno através de determinado veículo, com probabilidade de ocorrer agravos à saúde do indivíduo;

2 – como estabelecimentos de maior e menor risco epidemiológico aqueles que produzam, manipulem, mantenham estoque, comercializem produtos e/ou equipamentos que:

- possam sofrer adulterações por ação de microorganismos, tempo e condições inadequadas de conservação;

- por sua natureza sejam capazes de determinar dependência física, psíquica e/ou possam prejudicar ou causar risco à saúde dos usuários, manipuladores, operadores e outros;

- pelo volume atinja um número alto de usuários, manipuladores, operadores e outros. (Paraná (u), 1987, p. 4)

Deve-se reconhecer que estas definições estão desatualizadas frente às inovações em saúde, e pela amplitude de ações das vigilâncias, com a inclusão na Constituição de 1988 das ações de saúde do trabalhador no SUS. Também não contempla questões de baixo, médio e alto risco, e avaliação na complexidade das ações.

c) Equipamentos

Na maioria das áreas de Vigilância em Saúde não há uma normativa clara quanto aos equipamentos mínimos, porém os mesmos podem ser observados ou deduzidos pelas atividades descritas para cada área específica.

Quanto aos equipamentos comuns, há necessidade de melhoria quanto ao acesso e disponibilidade de veículo específico nas várias áreas da Vigilância em Saúde. Apenas um município respondeu não possuir veículo. Equipamentos para atividades educativas, como retroprojeto, projetor multimídia, videocassete, aparelho de DVD estão presentes, em maior ou menor grau, na maioria dos municípios e normalmente são de uso comum. Todos os municípios que responderam os questionários declararam possuir livros de apoio, pelo menos em alguma área.

Na vigilância ambiental em saúde, dos 25 municípios que responderam o questionário, os equipamentos mínimos na vigilância de qualidade da água para consumo humano nos municípios está adequada para análise de cloro 24 (96%) municípios, em 5 (20%) para análise de flúor e em 7 (28%) para turbidez. Para estes dois últimos, ainda é realizado parte das análises pelo laboratório de água da 8ª RS. Para o combate à dengue, como a região não é considerada de risco e com vírus circulante, a presença de unidades de ultra baixo volume (UBV) seriam opcionais, mas preocupa a sua ausência na regional por falta de estrutura adequada para manter os mesmos. Materiais para controle de zoonoses, que são relativamente baratos, como caixas para animais peçonhentos, se encontravam presentes em apenas 7 (28%) municípios.

Na vigilância epidemiológica, dos 25 municípios que responderam o questionário, praticamente todos os municípios declararam possuir geladeiras e/ou câmaras frias para conservação de vacinas, porém preocupa que apenas 2 (8%) dos municípios possuem grupo gerador para garantir falhas no fornecimento de energia elétrica.

Para a vigilância sanitária, dos 25 municípios que responderam o questionário, a existência de equipamento de registro de imagem é item obrigatório para o setor, e está presente em apenas 9 (36%) dos municípios. Preocupa, pois este equipamento é essencial no trabalho da VISA, e deveria estar presente no Kit

inspeção de cada técnico da área. Também são poucos os municípios que possuem geladeira e congelador específico para essa área, essencial na coleta de alimentos para investigação de surtos. A maioria 20 (80%) possui sistema de arquivos para processos e apenas 15 (60%) dos municípios possuem sistema informatizado para cadastro e emissão de licença. Para essa atividade pode ser utilizado o programa SINAVISA disponibilizado gratuitamente aos municípios e cuja alimentação é obrigatória pelas pactuações da área de Vigilância em Saúde. Equipamentos de uso na inspeção da área de alimentos estão presentes em 10 (40%) termômetro de inserção e 17 (68%) termômetro laser dos municípios. Estes dois equipamentos também foram distribuídos pelo o Estado do Paraná a todos os municípios da região, e não estão mais presentes em vários dos mesmos.

Na área de Vigilância em Saúde do trabalhador nenhum município possui equipamentos específicos. Na vigilância nutricional, a maioria não respondeu este ponto, e apenas 3 municípios declararam possuir algum equipamento na área, o que pode ser um equívoco, pois todos os municípios normalmente possuem balança, ou balança pediátrica, mesmo que seja de uso compartilhado.

d) Apoio laboratorial

Dos 25 municípios que responderam o questionário, o apoio laboratorial foi considerado adequado ou razoavelmente adequado em 10(40%) dos municípios em VAS; 19 (76)% em VE; 13 (52%) para VISA; 5 (20%) para VST e em 8 (32%) para VN. Consideraram inexistente ou inadequado em 11 (44%) dos municípios para VAS; 3 (12%) para VE; 7 (28%) para VISA; 12 (48%) em VST e em 7 (28%) em VN. Para VAS demonstra desconhecimento, ou falta de compreensão do que é a área, pois todos os municípios têm acesso a análises de água. É compreensível para VST e VN, pois são áreas ainda pouco compreendidas pelos técnicos e gestores que atuam em VS, mas que também dispõem de apoio laboratorial, nas análises clínicas normais, e exames específicos, no casos de intoxicações.

Os problemas mais relatados com o apoio laboratorial foram: demora no retorno nos resultados (12/48%); falta de estrutura para a coleta e transporte das

amostras (12/44%); Indisponibilidade de análises específicas para a área (9/36%); nº de análises limitadas (5/20%).

e) Informatização e sistemas de informação.

Apesar de ausente no questionário, os sistemas de informação são de grande importância para a Vigilância em Saúde. Também representam um grande problema na gestão da VS, principalmente nos municípios. Como exemplo há os sistemas de informação que são incompatíveis devido aos seus padrões de configuração. A instalação em um mesmo computador pode gerar falha na geração e transmissão de dados. Visto a sua amplitude e importância que exercem para toda a área, merecem um estudo à parte.

Quanto aos equipamentos de informática, dos 25 municípios que responderam o questionário, foi considerado razoavelmente adequado ou adequado para 10 (40%) dos municípios em VAS; 16 (64%) em VE; 18 (72%) para VISA; 5 (20%) para VST e em 8 (32%) para VN. Os municípios consideraram inexistente, inadequado ou não responderam para 15 (60%) em VAS; 9 (36%) VE; 7 (28%) VISA; 20 (80%) em VST e em 17 (68%) em VN. É importante ressaltar que todos os municípios receberam um computador para a Vigilância Sanitária no período 2005 a 2007 e nos últimos anos, pelo menos dois computadores para a área de Vigilância Epidemiológica. Porém há vários municípios que relataram possuir apenas um computador para a VE e um relato de não haver computador na VISA.

f) Questões éticas e legais na Vigilância em Saúde municipais

Com a municipalização das atividades, têm crescido a situação dos municípios realizarem a “auto-inspeção” dos serviços próprios de saúde, alguns sem possuir equipes próprias e multiprofissionais. Isto gera uma questão de caráter ético em Vigilância em Saúde, pois, com a normal acumulação de atividades, alguns profissionais de VISA também são responsáveis por áreas técnicas dos serviços municipais de saúde. Os mesmos se encontrariam na situação de ser fiscal e fiscalizado ao mesmo tempo. Como o contrato de trabalho de muitos técnicos de VISA não é estável, isto pode gerar um constrangimento aos profissionais que

realizam a inspeção, que podem se sentir pressionados a minorar problemas sanitários, às vezes graves.

Esta é uma situação que merece intensa discussão nas instituições de classe, nos órgãos gestores de saúde e conselhos de saúde. O autor deste trabalho se posiciona contrariamente a essa situação, que pode ferir a autonomia dos profissionais, principalmente os de VISA. Também considera que nestes casos um ente federado deve inspecionar os serviços do outro. Os municípios ou a União inspecionariam os serviços do Estado e o Estado inspecionaria os serviços de saúde dos municípios.

4.8.3 Financiamento da Vigilância em Saúde pelos entes Federados.

Nessa área observa-se a necessidade de capacitação dos contadores públicos municipais quanto a prestação de contas no SIOPS, pois os municípios realizam gastos na área, especialmente com a contratação de servidores, que não aparecem no SIOPS, ignorando a necessidade de contrapartida municipal.

a) Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS)

Dos 25 municípios que responderam o questionário, a atual política de financiamento federal para a Vigilância em Saúde é considerada adequada ou razoavelmente adequada por 17 (68%) dos municípios para a Vigilância Epidemiológica e em 7 (28%) para Vigilância Ambiental em Saúde, apesar de ser a mesma fonte. Demonstra que os gestores desconhecem que a fonte de financiamento federal é a mesma, o TFVS. O financiamento pelo Estado do Paraná é menos reconhecido pelos municípios, onde é considerada adequada ou razoavelmente adequada por 14 (56%) dos municípios para a Vigilância Epidemiológica e em 10 (40%) para Vigilância Ambiental em Saúde. Dos 27 municípios da região, em 11 há complementação de recursos do TFVS pelo Estado, que é, em alguns casos, maior que o repassado pela União. Observa-se, no quadro 30, que o valor mínimo de R\$ 12.000,00/ano não está mais sendo cumprido, face às variações populacionais que influem no cálculo do sistema de repasse.

Quadro 30. Cálculo dos valores a serem repassados aos municípios do TFVS

Município	População Residente 2008	Rep. Fed. Hab./ano	Total previsto	Total Repassado	Diferença	Contra-partida municipal / ano (35%)	Informado no SIOPS ² R\$
Ampére	17830	1,88	33.520,40	35136,84	1.616,44	12297,89	
Barracão	9275	1,88	17.437,00	18.326,76	889,76	6414,37	
Bela Vista da Caroba	4210	1,88	7.914,80	11648,16	3.733,36	4076,86	13.000,00
Boa Esperança do Iguaçu	2919	1,88	5.487,72	11273,52	5.785,80	3945,73	
Bom Jesus do Sul	3907	1,88	7.345,16	11.688,24	4.343,08	4090,88	
Capanema	18655	1,88	35.071,40	35.763,60	692,20	12517,26	
Cruzeiro do Iguaçu	4244	1,88	7.978,72	11.424,00	3.445,28	3998,40	
Dois Vizinhos	35389	1,88	66.531,32	65.672,88	-858,44	22985,51	142.424,35
Enéas Marques	6100	1,88	11.468,00	11.829,60	361,60	4140,36	
Flor da Serra do Sul	4775	1,88	8.977,00	11.909,28	2.932,28	4168,25	
Francisco Beltrão	75517	1,88	141.971,96	143.774,28	1.802,32	50321,00	278.618,91
Manfrinópolis	3334	1,88	6.267,92	12486,12	6.218,20	4370,14	
Marmeleiro	13493	1,88	25.366,84	26.510,16	1.143,32	9278,56	
Nova Esperança do S'O	5334	1,88	10.027,92	11.928,96	1.901,04	4175,14	
Nova Prata do Iguaçu	10791	1,88	20.287,08	19822,68	-464,40	6937,94	
Pérola d'Oeste	7222	1,88	13.577,36	13.606,20	28,84	4762,17	
Pinhal de São Bento	2598	1,88	4.884,24	11.680,44	6.796,20	4088,15	
Planalto	14007	1,88	26.333,16	27.617,28	1.284,12	9666,05	
Pranchita	5925	1,88	11.139,00	11.559,48	420,48	4045,82	
Realeza	16276	1,88	30.598,88	31261,80	662,92	10941,63	
Renascença	6945	1,88	13.056,60	13.799,28	742,68	4829,75	
Salgado Filho	4709	1,88	8.852,92	11.440,68	2.587,76	4004,24	
Salto do Lontra	12832	1,88	24.124,16	24.721,44	597,28	8652,50	
Santa Izabel do Oeste	11753	1,88	22.095,64	22.943,88	848,24	8030,36	
Santo Antônio do Sudoeste	19260	1,88	36.208,80	36751,68	542,88	12863,09	
São Jorge d'Oeste	9213	1,88	17.320,44	17898,72	578,28	6264,55	16.700,00
Verê	8144	1,88	15.310,72	16.247,16	936,44	5686,51	
Total Regional	334657	-	631.003,20	678.723,12	47.719,92	237553,09	

Fonte: ¹ Adaptação dos cálculos de repasse de recursos do documento "Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS – Instruções Gerais" (BRASIL(ad),2005, p.5) e ² BRASIL(aq) (2009)

Apesar dos gastos municipais nesta área serem considerados adequados ou razoavelmente adequados por 18 (72%) dos municípios para a Vigilância Epidemiológica e em 11 (44%) para Vigilância Ambiental em Saúde, a mesma não é observado na prestação de contas feita pelos municípios ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Somente quatro municípios informaram gastos com epidemiologia e controle de doenças no ano de 2008, no caso: Bela Vista da Caroba, Dois Vizinhos, Francisco Beltrão e São Jorge do Oeste.

b) Teto Financeiro da Vigilância Sanitária.

Quanto aos recursos do TFFVISA, o repasse federal foi considerado adequado ou razoavelmente adequado por 14 (56%) dos municípios, proporcionalmente menor em relação ao TFFVS.

Houve considerável melhoria no repasse aos municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes), pois ficou garantido um valor mínimo de R\$ 600,00 mensais. Anteriormente havia municípios que recebiam menos de R\$ 50,00 por mês. Porém ainda é relativamente pequeno considerando as demandas da área, sobretudo quanto à exigência de equipe multiprofissional prevista na deliberação CIB/PR 16/04, e exigências de organização dos serviços nessa área.

Nesta área não há repasse de recurso estadual aos municípios. O Estado não possui orçamento específico para a Vigilância Sanitária, conforme pode ser observado no quadro 4 na parte 2 deste trabalho. Há necessidade de melhoria e contrapartida do Estado aos municípios, principalmente aos municípios de pequeno porte.

Deve ser discutido o repasse ao bloco de Vigilância em Saúde dos valores arrecadados com as taxas sanitárias. Dos 27 municípios da região, consta nos registros da SCVGS/8ª RS que 21 possuem lei de taxa sanitária, estando algumas agrupadas a legislação de alvará. Porém, os municípios de pequeno porte, pelo número limitado de estabelecimentos, arrecadam pouco com estas taxas, e muitos isentam ou não possuem lei de taxa sanitária. Trata-se de uma área que deveria ser objeto de estudo para organização e melhor definição dos recursos arrecadados com as taxas sanitárias.

Quanto aos gastos municipais nessa área serem considerados adequados ou razoavelmente adequados por 72% dos municípios, se aplica a mesma observação quanto a informação no SIOPS, onde somente seis municípios informaram gastos com vigilância sanitária em 2008, no caso Bela Vista da Caroba, Dois Vizinhos, Francisco Beltrão, Pranchita, Santa Izabel do Oeste e São Jorge do Oeste.

c) Financiamento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

Estas áreas podem ser consideradas descobertas de financiamento federal específico. A VST é financiada indiretamente pela implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's), normalmente de caráter regional ou instalados em municípios de maior porte. Independentemente das atividades de VST estarem inseridas tanto no campo da Vigilância Epidemiológica (notificações, investigações, inquéritos, estudos, etc.), como na Vigilância Sanitária (inspeções, cadastros, análise de produtos, intoxicações, etc.). O financiamento da VN ocorre indiretamente através do programa Bolsa Família e não é específico da área de saúde. A falta de recursos específicos nestas duas áreas dificulta a sua implantação e descentralização aos municípios.

Há necessidade de uma discussão sobre a implantação de financiamento fundo a fundo para ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

4.8.4 O resgate na prioridade das ações de promoção e proteção à saúde:

Até a implantação do SUS pela Lei 8.080/90, as ações de promoção e proteção de caráter preventivo eram a prioridade do Estado, pois as ações públicas de assistência médica eram prestadas pelo extinto INAMPS, ou as pessoas recorriam à assistência privada ou filantrópica. Porém com a incorporação aos estados, e principalmente aos municípios dessa área, progressivamente as mesmas tem ganhado cada vez mais relevância e recursos financeiros na gestão do sistema. É inegável que as ações assistenciais têm maior apelo político e pressão direta por parte da população.

A Constituição Brasileira no seu artigo 198, inciso I e II dispõe que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, **com prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (Brasil, 1998) grifos nossos

A Portaria GM/MS 399/2006, buscou retomar esse processo, com o resgate das ações de promoção e proteção à saúde, utilizando a atenção básica, sobretudo a estratégia saúde da família, como foco principal.

Porém há necessidade de conscientizar a população da importância das ações preventivas, caso contrário essa continuará pressionando os gestores municipais, políticos e organismos da sociedade unicamente na direção do tratamento das doenças, em vez de promover ações que as evitem, onde em muitos casos prevenir é muito mais barato que tratar as doenças.

4.8.5 Articulação da Vigilância em Saúde e a Atenção Básica/Primária

Por sua própria natureza as atividades relacionadas à Vigilância em Saúde, especialmente a Epidemiológica, têm forte relação com a atenção primária/básica, onde grande parte dos profissionais de nível superior da dessa área também atua, em acumulação de atividades. A Portaria GM/MS nº 1.172/2004 já reporta esta necessidade de atuação conjunta, e isto também está previsto na deliberação CIB/PR 12/2000 e na Portaria GM/MS 1.998/2007.

4.8.6 Educação permanente em saúde e Educação em Saúde.

A política de educação permanente em saúde envolve aspectos de formação, capacitação, atualização de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Nem sempre as instituições de ensino formam profissionais destinados ao SUS. Por isso é necessária uma política de formação inicial e continuada voltada ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde pública.

Na área de Vigilância em Saúde existem cursos de formação básica de auxiliares de saúde, técnicos administrativos e de Vigilância em Saúde, nas suas diversas áreas voltadas aos profissionais de ensino fundamental e médio. Para o nível superior, além das capacitações básicas há cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, apesar de que estes últimos poucos são voltados à formação profissional.

Os mesmos podem ser regulares ou não. Deve-se reconhecer que os cursos de capacitação inicial básica não são rotina para a área de Vigilância em Saúde. Isto dificulta aos servidores que atuam nesta área ter um conhecimento amplo do sistema envolvendo o seu funcionamento, peculiaridades, requisitos, impedimentos.

No âmbito da 8ª RS são mais comuns cursos pontuais, para resolver ou discutir pontos ou problemas específicos. Há muitos anos não ocorre uma capacitação inicial em vigilância sanitária, e igual o período da realização do último curso de técnico em vigilância sanitária. Na área de vigilância epidemiológica e ambiental, treinamentos como o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica tem ocorrido com mais frequência no estado, ainda que não na 8ª RS. Cursos de formação superior, no nível de especialização têm ocorrido nos últimos anos promovidos pelo Estado, porém com dificuldade em atender a grande demanda dos municípios. Há opções de cursos no sistema EAD – ensino à distância, como o curso de aperfeiçoamento em vigilância sanitária oferecido pela ENSP/Fiocruz. Esta última tecnologia tem se mostrado uma forma prática de atingir um grande número de pessoas sem perder a qualidade, quando bem organizados, e seria uma forma de recuperar os anos perdidos com a falta de formação regular pelo Estado.

Outro ponto é a Educação em Saúde, para a comunidade e profissionais de saúde, como uma forma de buscar a compreensão e colaboração da sociedade para hábitos de vida saudáveis que promovam a melhor qualidade de vida e reduzam ou previnam a ocorrência de doenças.

Esta pode ocorrer no dia a dia do trabalho do profissional de saúde, ou na forma de campanhas de saúde pública.

4.9. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO

Neste ponto será explanado sobre as principais propostas para organização dos serviços de Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, dos municípios e pontos necessários quanto às adequações das atuais normas de organização desses serviços.

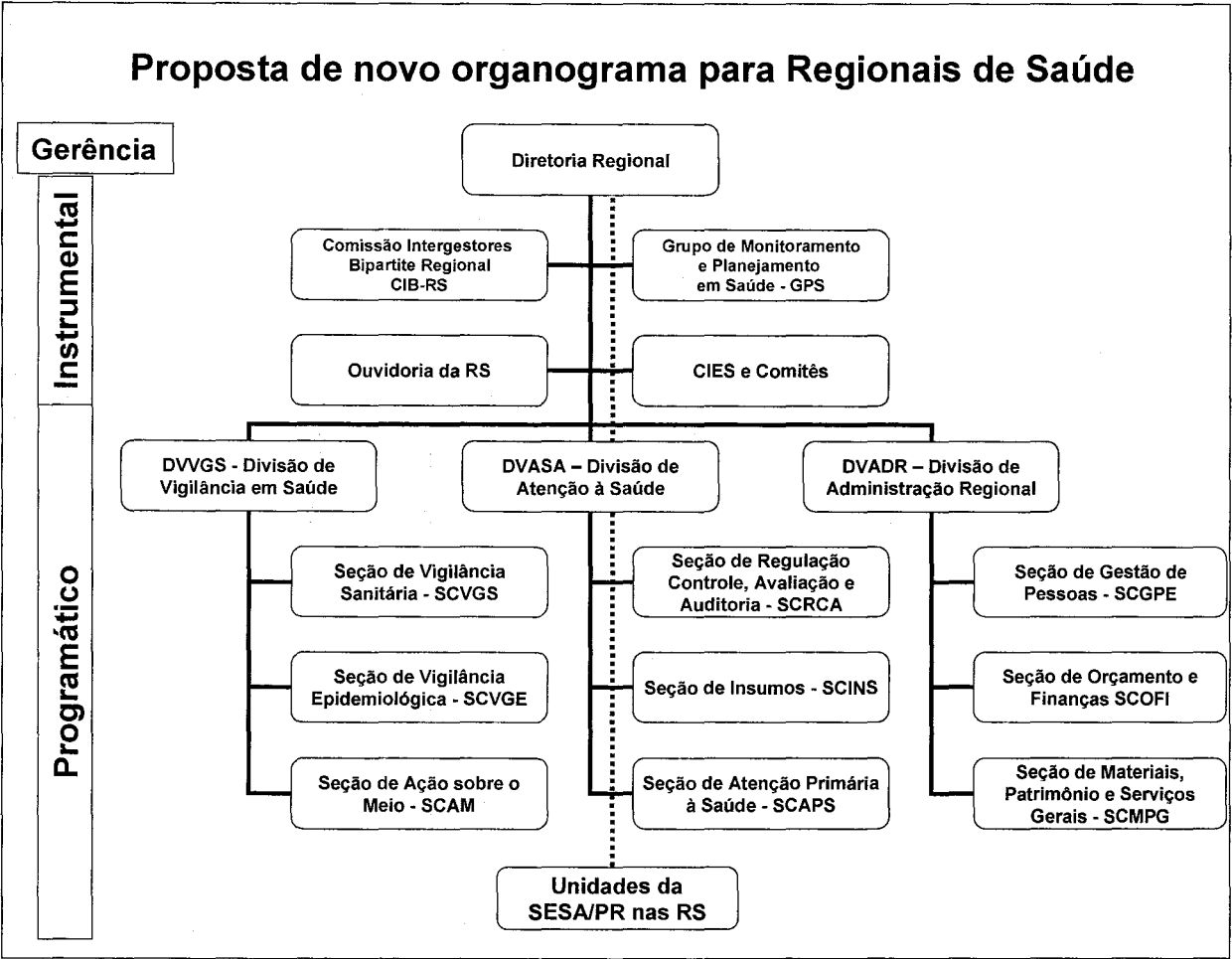
4.9.1 8ª Regional de Saúde.

Há dois pontos principais de estrangulamento na organização e estruturação das atividades de Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde: Organograma funcional; Limitação da equipe técnica.

a) Rever o organograma funcional.

Como proposta seria transformar a SCVGS em Divisão de Vigilância em Saúde, subordinada diretamente ao diretor da Regional de Saúde e com a criação de no mínimo 3 (três seções), no caso de Vigilância Epidemiológica, que acumularia o Controle de Doenças e Agravos Estratégicos; de Vigilância Sanitária, que concentraria as ações vigilância sanitária de alimentos, de produtos de interesse à saúde, de serviços de saúde e de interesse à saúde e a vigilância em saúde do trabalhador; e de Ações sobre o Meio que concentraria as ações de vigilância ambiental em saúde, controle de endemias e zoonoses.

Fig. 11. Proposta de reorganização da Regional de Saúde



Fonte: do autor com base no Decreto Estadual PR 777/07

b) Limitação da equipe técnica

Para a resolução desse problema se faz necessário a realização de concurso público conforme já anunciado e divulgado na imprensa. Outras alternativas são

remanejar os técnicos atualmente existentes e que se encontram menos sobrecarregados para dar apoio aos profissionais que se encontram com forte acúmulo de atividades, resgatar os técnicos cedidos aos municípios. Porém estas duas últimas também prejudicariam setores ou os municípios.

4.9.2 Reorganização da Vigilância em Saúde nos Municípios:

Considerando as naturais limitações de recursos humanos e financeiros que ocorre nos municípios de pequeno porte, faz-se necessário orientar os mesmos quanto à organização mínima que os mesmos devem possuir.

Desta forma propõe-se o seguinte:

a) Recomendar a reorganização dos setores de Vigilância em Saúde, promovendo a integração especialmente nos municípios de micro e pequeno porte, separando os mesmo de acordo por níveis de acordo com o porte populacional: 1 - Municípios de porte reduzido (até 5.000) habitantes; 2- Municípios de pequeno porte, de 5.000 a 20.000 habitantes; 3 - Municípios de médio porte, de 20.000 a 50.000 habitantes; 4 - Municípios de maior porte, acima de 50.000 habitantes. Nesta prever níveis crescentes de organização, prevendo maior apoio pelo Estado, aos municípios de menor porte. A proposta se encontra no Apêndice III

b) Os profissionais de saúde que compõem a Vigilância em Saúde devem receber capacitação inicial para as atividades que exercerá, sendo dever do Estado através das políticas de Educação Permanente em Saúde disponibilizá-los.

c) Os profissionais que atuam na Vigilância em Saúde, especialmente os que atuam na Vigilância Sanitária e que no exercício da função exercerão o poder de polícia, deve ser do quadro efetivo;

4.9.3 Incentivar consórcios e parcerias na área de Vigilância em Saúde:

Incentivar os municípios a estabelecerem parcerias informais ou formais, na forma de criação de consórcios públicos ou autarquias públicas, para constituir equipes multiprofissionais especializadas para a área de Vigilância em Saúde;

Independentemente da criação desses órgãos, o Estado deve cumprir com a sua função legal de executar ações em caráter complementar e suplementar, sendo necessário regulamentar quando isto é cabível.

4.9.4 Revisão de deliberações e normatizações técnicas

a) Revisar as Deliberações CIB/PR nº 12/2000 e 16/04 que tratam sobre a composição mínima das equipes, buscando implantar normas que respeitem as peculiaridades dos municípios de pequeno porte que representam a maioria existente no Estado do Paraná, a exemplo do proposto no item 4.9.2

b) Revisar e re-implantar classificação técnica de estabelecimentos para inspeção e renovação de licença sanitária que contemple a discussão de risco epidemiológico/sanitário, complexidade das ações, observando características de baixo, médio e alto risco, estabelecimentos de interesse estratégico, prevendo-se a discussão sobre a complexidade na execução das ações.

c) Após a atualização das normas, proceder a re-certificação dos municípios quanto a documentação legal, equipamentos e a equipe de trabalho dos mesmos.

4.9.5 Capacitação e informação em Saúde

a) É dever do Estado, através das políticas de Educação Permanente em Saúde, da Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos, em conjunto com os municípios e instituições de ensino, buscando, sempre que possível, utilizar formas de EAD (Ensino à Distância), garantir anualmente a realização dos seguintes cursos básicos,:

1 – Curso Básico em Vigilância em Saúde - CBVS; podendo haver módulos específicos de Vigilância Epidemiológica - CBVE; de Vigilância Sanitária – CBVISA; de Vigilância Ambiental em Saúde – CBVAS; em Vigilância em Saúde do Trabalhador – CBVST

2 – Técnico em Vigilância em Saúde.

3 – Curso de Aperfeiçoamento (ou especialização) em Vigilância em Saúde.

4 – Oficinas técnicas com assuntos específicos em Vigilância em Saúde

5 – Capacitação inicial em Vigilância em Saúde.

6 – Capacitação para contadores municipais de saúde sobre aplicação e prestação de contas, inclusive no SIOPS, dos recursos da área de Vigilância em Saúde;

7 – Incluir nos cursos da área de formação de gestores de saúde de aspectos específicos relacionados à Vigilância em Saúde, em especial sobre os aspectos legais envolvidos na área;

8 – Realizar curso específico sobre Vigilância em Saúde para gestores, incluindo aspectos de organização formal, os campos que contemplam a área, o exercício de poder de polícia, processo administrativo sanitário, entre outros aspectos;

9 – Realizar oficinas de integração e articulação entre as áreas de Vigilância em Saúde com os profissionais da área de Atenção Básica/Primária;

10 – Realizar curso de atualização para os profissionais que já se encontram atuando nos campos da Vigilância em Saúde sobre os aspectos organizacionais das respectivas áreas; campo de atuação de cada uma para possibilitar que os profissionais tenham conceitos teóricos sobre a área;

11 – Buscar, junto ao controle social do SUS, a realização de conferência temática sobre Vigilância em Saúde;

b) Elaborar material didático, em mídia eletrônica (CD-ROM ou DVD-ROM) com material de apoio sobre Vigilância em Saúde e distribuir aos profissionais que atuam na área. Proposta inicial no Apêndice IV.

c) Realizar campanhas de esclarecimento da população sobre a promoção e proteção à saúde, em especial sobre as áreas de atuação da Vigilância em Saúde.

4.9.6 Notificar os municípios com pendências na organização da Vigilância em Saúde.

4.9.7 Propor a revisão do financiamento da Vigilância em Saúde prevendo:

a) Financiamento específico para a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador; dentro do bloco de Vigilância em Saúde;

b) Implantação de contrapartida estadual para os recursos do Teto da Vigilância Sanitária aos municípios, da mesma forma que é previsto para o Teto da Vigilância em Saúde;

c) Prever recursos no orçamento do Estado do Paraná para a área da Vigilância Sanitária.

d) Ampliar os recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde;

4.9.8 Definir a que área do SUS compete a Vigilância Nutricional.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Quanto à revisão bibliográfica, ainda são poucos os documentos e livros que tratem o tema Vigilância em Saúde como um todo, contemplando as suas diversas áreas. As duas principais fontes de dados, utilizados como referencial teórico tratam a Vigilância em Saúde de forma separada, entre a Vigilância em Saúde, compreendida como a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Controle de Doenças, parte da Saúde do Trabalhador, e em outro campo a Vigilância Sanitária.

A forma como os serviços devem ser estruturados também não é consensual, havendo diversas formas e diferenças na Vigilância em Saúde dos municípios, estados e da união.

Esta dicotomia está presente na estrutura federal, onde, dentro do Ministério da Saúde se encontra a Secretaria de Vigilância em Saúde, que congrega as ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Controle de Doenças, e a ANVISA, autarquia federal também subordinada ao Ministério da Saúde, que contempla a Vigilância Sanitária.

Também se encontram em dois campos o financiamento das ações de Vigilância em Saúde, uma regulada pela Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004, que regula o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde e a Portaria GM/MS nº 1.998 de 21 de agosto de 2007, que regula o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária.

As normativas sobre estruturação de equipes de Vigilância em Saúde, no caso as Deliberações 12/2000 e 16/2005 da CIB/PR estão desatualizadas frente às normas a que as regulamentavam e que foram substituídas. Observa-se pontos ausentes de regulamentação, como a estrutura de Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional.

Quanto a estrutura legal para o funcionamento da área de Vigilância em Saúde, constatou-se que Vigilância Sanitária possui regras mais claras previstas no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007 descrito no item 4.1.3.

Um ponto que deve ser ressaltado que é prática comum em início de nova gestão de saúde alterar as estruturas públicas, alterando-se organogramas,

excluindo-se cargos e setores criando-se outros. Por isso a necessidade de haver a re-certificação das unidades municipais de saúde.

Em síntese, somente Dois Vizinhos e a equipe da 8ª Regional de Saúde atendem, pelas informações obtidas, a todos os requisitos da estrutura legal para a Vigilância em Saúde, estando os demais municípios com pelo menos um ponto com pendência ou falta de informação atualizada na área de Vigilância Sanitária.

A falta de estrutura formal, ou existindo, essa não seja respeitada, pode ocasionar a nulidade de um processo.

Quanto a verificar se estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos destinados à área de Vigilância em Saúde atende as normas pactuadas, normas ou recomendações sanitárias, ainda que não sejam perfeitamente adequados, todos os municípios dispõem espaço físico para o desenvolvimento das atividades; canais de comunicação: telefone/fax/internet; alguns dos equipamentos específicos para as respectivas atividades, impressos (termos legais), entre outros materiais.

Um problema constatado foi a ausência ou um número menor de equipamentos que foram distribuídos pelo Estado aos municípios. Estes equipamentos necessitam ser localizados.

A Falta de veículos para realizar as ações de Vigilância em Saúde é uma reclamação constante dos técnicos. Todas as Secretarias Municipais de Saúde possuem, normalmente para uso compartilhado. É uma área prioritária para investimento estadual em saúde.

De modo geral, a maioria das áreas se encontra razoavelmente instalada, havendo maiores problemas com a Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional, onde ocorreu um maior número de respostas consideradas como inexistente ou inadequada.

No entendimento desse autor, em municípios de pequeno porte e porte reduzido (menos de 5.000 habitantes) não haveria problema em parte dos equipamentos estarem agrupados em um único local. Porém deve ser observado à existência desses em quantidade suficiente para atender a demanda dos serviços, em especial os equipamentos de informática, onde há incompatibilidade entre

programas, e demanda de geração e transmissão de dados, normalmente em um mesmo período.

Em síntese, há áreas com problemas com a falta específica de equipamento, ou necessidade de melhoria de estrutura, que necessitam apoio da 8ª Regional de Saúde para orientação de regularização da sua situação.

Quanto aos recursos humanos, nenhum município da região atende plenamente a Deliberação CIB/PR 16/04, para a Vigilância Sanitária havendo os municípios de Dois Vizinhos e Francisco Beltrão os mais próximos de atender as normas preconizadas. Os municípios, em sua maioria não possuem equipe multiprofissional, havendo municípios onde não há profissional de nível superior na área. Falta regulamentação para equipe mínima para a vigilância anteriormente denominada de básica, que hoje poderia ser considerada a de baixo risco epidemiológico/sanitário. Para a Vigilância Epidemiológica, quase a metade dos municípios não possui a equipe mínima e 14 (52%) possuem equipe, ainda que não fosse possível avaliar quanto ao aspecto da exclusividade. Para a Vigilância Ambiental em Saúde, para o programa nacional de controle da dengue (PNCD), dos 27 municípios, 23 (86%) estão com a equipe adequada, ou parcialmente adequada.

Quanto à capacitação, para todas as áreas de Vigilância em Saúde, nos questionários respondidos houve uma grande demanda por cursos. A prioridade seriam por cursos de capacitação inicial, oficinas técnicas específicas, técnico em Vigilância em Saúde, especialização em Vigilância em Saúde.

Deve-se reconhecer que esses cursos são essenciais e há muitos anos alguns não têm ocorrido como o curso básico para a vigilância sanitária, epidemiológica, técnico em vigilância. Cursos de especialização têm ocorrido sendo oferecidos pela Escola de Saúde Pública do Paraná, porém a demanda é maior que a oferta de vagas. Prevalece a prática de realizar cursos e eventos pontuais, que não capacitam os profissionais para um entendimento amplo das ações da Vigilância em Saúde e as interfaces com as demais áreas e intersetorial. Isto ajuda a criar conflitos e limitar o entendimento dos técnicos a apenas uma área específica.

Quanto à reorganização dos serviços onde for verificado que os mesmo não atentem as recomendações sanitárias, observou-se que na mudança dos governos,

e respectivos gestores e técnicos, muitas atividades anteriormente organizadas de acordo com as normas sanitárias se perderam.

É neste campo de atuação que se situa essencialmente a Vigilância em Saúde, que com a descentralização aos municípios também cresceu em número de profissionais e novas demandas de ações, de doenças emergentes e re-emergentes. Na Vigilância Sanitária se resgata o conceito de risco epidemiológico à saúde. Discute-se a integração física e de processos de todas as áreas da Vigilância em Saúde. Ampliam-se as áreas de Vigilância em Saúde, com a discussão da Vigilância em Saúde do Trabalhador e nos vários campos da Vigilância Ambiental em Saúde. Neste período, o Estado muda o seu foco de trabalho, se reorganiza, e atualmente trabalha com um conceito integrado de Vigilância em Saúde, agrupando as ações de Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Esta nova forma é discutida como proposta de implantação nos municípios.

Neste contexto segue o presente trabalho, que buscou verificar a situação em que se encontram os municípios da região. Observa-se que praticamente em todos os municípios há necessidade de reorganização de suas atividades e pontos que necessitam ser atendidos para adequação às normas pactuadas.

As principais recomendações são:

- a) reorganizar a área de Vigilância em Saúde da 8ª Regional de Saúde, de forma que contemple e possibilite uma melhor assessoria aos municípios;
- b) recompor, renovar e adequar as equipes de Vigilância em Saúde das Regionais de Saúde para atender a sua função de supervisão, prestar assessoria, ação complementar e suplementar nos municípios.
- c) propor a reorganização dos serviços de Vigilância em Saúde municipais, organizando os serviços de forma integrada de acordo com o seu porte;
- d) revisar as atuais normas de gestão e financiamento da área de Vigilância em Saúde, em especial as deliberações da CIB/PR nº 12/2000 e 16/2004, atualizando as mesmas para os novos critérios de risco e complexidade e à concepção estadual de integração da Vigilância em Saúde.

e) notificar os municípios que se encontram com pendências quanto à organização dos respectivos serviços de Vigilância em Saúde, em especial as de caráter legal que podem ocasionar a nulidade das ações de Vigilância em Saúde.

f) promover a articulação da Vigilância em Saúde com a área de atenção básica/primária.

g) promover a capacitação e informação na área de Vigilância em Saúde

h) promover e incentivar consórcios e parcerias entre municípios para constituírem as respectivas equipes mínimas e proporcionar a qualidade nas ações de Vigilância em Saúde.

i) esclarecer aos gestores de saúde que integrar não se resume a alocar todos os servidores no mesmo espaço. Isto envolve uma discussão muito mais ampla, de se iniciar ou implementar o planejamento e trabalho conjunto, eliminar superposições de tarefas e atribuições, integrar sistemas de informação, monitorar em conjunto os respectivos indicadores, que afetam em comum as diversas áreas da Vigilância em Saúde.

j) realizar a re-certificação dos municípios quanto ao repasse dos recursos da Vigilância em Saúde, preferencialmente após atualização das deliberações que regulamentam as equipes e estruturas mínimas.

k) dentro da proposta do Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/MS nº 399/2006 resgatar o foco na promoção e proteção à saúde, com ações voltadas à diminuição do risco à saúde.

A área da Vigilância em Saúde é muito extensa, ampla, e complexa, e carregada de especificidades que lhe são próprias. Por isso este trabalho não esgota o assunto, havendo muitos pontos em aberto para novos estudos na organização e estruturação da Vigilância em Saúde, em cada uma das suas áreas.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO(a), N. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?**. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol.3 no.1-3 São Paulo Apr./Dec. 2000. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2000000100002&script=sci_arttext>. Acessado em 16 de fev. 2009.

_____(b). **O conceito de saúde e a vigilância sanitária**: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Documento comissionado pela ANVISA para discussão no I Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF. 2000. Disponível em <<http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/conceito.pdf>>. Acessado em 16 de fev. 2009.

ALMEIDA, E. S., et. al. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, (Série Saúde & Cidadania), volume 1. 1998. p.

ARANHA, Márcio Lório (org.). **DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE PÚBLICA**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2003. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol1.pdf>. Acesso em: 16 de fev. 2009.

AMPR (Associação dos Municípios do Paraná). **Dados Gerais dos Municípios do Paraná**. Disponível em <<http://www.ampr.org.br/ampr/intro.asp>>. Acesso em: 7 de maio de. 2009.

BLAZUS, C. A. **Sistema de fatores que influenciam o aluno a evadir-se dos cursos de graduação na UFSM e na UFSC: um estudo no curso de Ciências Contábeis**. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2004. 203 p.

BRASIL(a), **Constituição Federal (1988)**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm>. Acesso em: 20 de set. 2008.

_____(b). Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, (...)**. Brasília: Diário Oficial da República do Brasil de 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 de set. 2008.

_____(c). Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência nacional de Vigilância Sanitária**. <www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2008.

_____.(d) **Lei Federal nº 5.991, de 17 de setembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.** Brasília: D.O.U. de 19 de set. 1973. p. 13049

_____.(e). **Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975:** Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e da outras providências. Brasília: D.O.U. de 31 out. 1975, p. 014433. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm>. Acessado em 2 fev. 2009.

_____.(f). **Lei nº 8.429 - de 2 de junho de 1992 : Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública (...).** Diário Oficial da União de 3/6/92, p.6993. Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1992/8429.htm>>.Acessado em 22 de maio de 2009.

_____.(g). **Lei nº 6.360 - de 23 de setembro de 1976 :** Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 24/09/1976, p.12647. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm >.Acessado em 22 de maio de 2009.

_____.(h), _____. **ANVISA: Estrutura Organizacional.** Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/estrutura/index.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

_____.(i), _____. **Resultados do Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária [2004].** Disponível em <www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/copr/censo.htm>. Acesso em: 20 de set. 2008.

_____.(j), _____. **Vigilância sanitária: 200 anos de Brasil.** Notícias ANVISA de 28 de janeiro de 2008. Brasília: ANVISA. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/280108_1.htm>. Acesso em 12 mar. 2009.

_____.(k), _____. **Ata da Vigésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Conselho Consultivo, Atas de Reuniões.** Brasília: ANVISA. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_29.htm>. Acesso em 12 mar. 2009.

_____.(l), _____. **Gerência Geral de Laboratórios de Saúde Pública – GGLAS. Laboratórios Analíticos em Saúde: Laboratórios Centrais e Saúde Pública.** Brasília: ANVISA, 2009. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/reblas/reblas_lacens.htm>. Acesso em 12 mar. 2009.

_____(m), _____. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária: Documento Base para elaboração do PDVISA.** Brasília: ANVISA. 2006, 29 p.

_____(n), _____. NADAV. **Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária.** Brasília: ANVISA. 2007. 72 p.

_____(o), _____. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** 1.ed. – Brasília: Anvisa, 2007. 56 p.

_____(p), _____. **Resolução RDC nº 27, de 30 de março de 2007:** Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Brasília: D.O.U. nº 63 de 02 de abril de 2007, seção I, p. 62

_____(q), ANVISA. **Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Disponível em <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 19 de set. 2008.

_____(r). (MS) MINISTÉRIO DA SAÚDE. (SAS) SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____(s). _____. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância Ambiental em Saúde.** Brasília: FUNASA, 2002. 42 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sinvas.pdf>. Acesso em: 8 de out. 2008.

_____(t), _____. **SUS 20 anos:** Políticas de Saúde: Brasília. 2008. Disponível em <http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=28>. Acessado em 2 abr. 2009.

_____(u), _____. GM. Portaria n.º 3.332 de 28 de dezembro de 2006. **Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros destinados à execução de ações de vigilância sanitária.** Brasília: Diário Oficial da União de 29 dez. 2006, Seção I, p. 608. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html> Acessado em 2 abr. 2009

_____(v), _____. Secretaria Executiva. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos.** Brasília: Editora MS, 2006.

_____(w), _____. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal.** Brasília: Editora MS, 2008.

_____(x), _____. GM (Gabinete do Ministro). **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006:** Estabelece as diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: D.O.U. de 23 fev. 2006, seção I, p. 43. 2006.

_____(y), _____. Diretoria Técnica de Gestão. **Instrutivo para o preenchimento da Programação das Ações de Vigilância em Saúde: (PAVS)**. Brasília:Ministério da Saúde, 2008, 65 p.

_____(z), _____. **Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela saúde no Brasil – Síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf>. Acessado em 2 abr. 2009.

_____(aa), _____. GM. Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de abril de 2004: **Regulamenta a NOB SUS 01/96 (...) na área de Vigilância em Saúde**. Brasília: D.O.U. de 17 de jun. 2004, Seção I, p. 58

_____(ab), _____. _____. Portaria GM/MS nº 1.998 de 21 de agosto de 2007. **Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros destinados à execução de ações de vigilância sanitária**. Brasília: Diário Oficial da União nº 162 de 22 ago. 2007, Brasília, DF: Seção I, p.46.

_____(ac), _____. _____. Estrutura regimental Ministério da Saúde: quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – 4. ed. rev. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____(ad), _____. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) **Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (Ex. TFECD): Instruções Gerais**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/teto_instrucoes_gerais.pdf>. Acesso em 16 abr. 2009.

_____(ae), _____. GM. Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005, **que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST** Brasília: Diário Oficial da União de 9 dez. 2005, Brasília, DF: Seção I, p.78.

_____(af), _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional De Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 48 p.

_____(ag), _____. FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **SINITOX: Sistema de Nacional de Informação Tóxico-Farmacológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2006. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/sinitox/2006/sinitox2006.htm>>. Acessado em 2 abr. 2009.

_____(ah), _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Vigilância Alimentar e Nutricional: Perguntas & respostas**. (Versão 1.2 – novembro - 2003). Brasília. 2003. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas_respostas_van.pdf>. Acessado em 29 de mar. 2009.

_____(ai), _____. FIOCRUZ. **Questões atuais de Direito Sanitário**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 202 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____(aj), _____. DATASUS. FormSUS. Disponível em <<http://w3.datasus.gov.br/formsus/formsus.php>>. Acesso em: 2 abr. 2009

_____(ak), _____. FUNASA. **Programa Nacional de Controle da Dengue: PNCD**, Instituído em 24 de julho de 2002. Brasília: FUNASA, 2002, 34 p.

_____(al), _____. GM. **Portaria GM/MS nº 518 de 25 de março de 2004**, Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano (...). Brasília: D.O.U. de 26 mar. 2004, Seção I, p.266. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-518.htm>>. Acessado em 22 de abril de 2009.

_____(am), _____. GM. **Portaria GM/MS nº 3.120 de 1 de julho de 1998**, Aprova a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, (...). Brasília: D.O.U. de 1 de jul 1998, Seção I, p.36.

_____(an), _____. GM. **Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004**: Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, (...). Brasília: D.O.U. de 29 abr. 2004, Seção I, p.37. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acessado em 22 de abril de 2009.

_____(ao), _____. GM. **Portaria GM/MS nº 710 de 10 de junho de 1998**, Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, (...). Brasília: D.O.U. de 11 de jun 1999, Seção I, p.14.

_____(ap). **Decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961 (A)**: Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde". D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 28 de janeiro de 1961

_____(aq), MS, DATASUS. **SIOPS Consulta Demonstrativo de Responsabilidade Fiscal anos 2007 (Estado) e 2008 (municípios)**. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br>>, Acesso em: 7 de março de. 2009

_____(ar), _____. DATASUS. **Informações de Saúde: Demográficas e Socioeconômicas**. Disponível em <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B379C6D0E0F359G23H0I1Jd6L26M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 7 de maio de. 2009

_____(as), _____. GM. **Portaria GM/MS nº 2.473 de 29 de dezembro de 2003**: Estabelece as normas para a pactuação (...) na execução das ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária (...). Brasília: Diário Oficial da União de 2 jan. 2004, Brasília, DF: Seção I, p.14.

_____(at), _____, _____. Portaria GM/MS n.º 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: D.O.U. de 3 abr. 2006, seção I, p. 49. 2006.

_____(au), _____, _____. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: D.O.U. de 31 de jan. 2007, seção I, p. 45

_____(av), _____, _____. Consulta tipo de unidade (Brasil). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp>. Acesso em: 2 abr. 2009, 23:00h.

_____(ax), _____, _____. FormSUS. **Levantamento Vigilância em Saúde na abrangência da 8ª Regional de Saúde** Disponível em <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2871>. Acesso em: 2 de maio. 2009

_____(ay), MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Editora MS, 2006.

_____(az), _____, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Legislação em Vigilância em Saúde**. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=452>. Acesso em: 19 de set. 2008.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência.& Saúde Coletiva vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000. p. 163-177. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 16 de fev. 2009

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, A. O., EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. Série Saúde & Cidadania, volume 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 98 p.

CAVALCANTE, T. S. B., et. al. **Manual de Trabalho de Conclusão do Curso – TCC**. Manaus: Centro Universitário do Norte. 2005, 59 p.

CFF (Conselho Federal de Farmácia). **Resolução nº 417 de 29 de setembro de 2004: Código de ética do profissional Farmacêutico**. Diário Oficial da União de 17/11/2004 - Seção 1 Pág. 306. In: CD-ROM Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica. 5ª Edição Atualizada. Brasília: CFF, 2007.

CFMV (Conselho Federal de Medicina Veterinária). **Código de Ética do Profissional Médico Veterinário**. Diário Oficial da União de 16/12/2002, Seção 1,

Pág.162. Disponível em <http://www.crmv-pr.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=129&Itemid=53>. Acessado em 22/05/2009

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N.. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol.9 n.º 2, Rio de Janeiro, Maio/Agosto de 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>>. Acesso em 17/ fev. 2009.

COSTA, E.A. **Conceitos e área de abrangência**. In: Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 41-48

COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. **Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil**. In: Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 15-40

CONASS(a) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Coleção CONASS Progestores, para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 12 v. (Coleção)

_____(b). **Vigilância em Saúde: Tomo I**. in: Coleção CONASS Progestores, para entender a gestão do SUS, nº 6, Tomo I. Brasília: CONASS, 2007.

_____(c). **Vigilância em Saúde: Tomo II (Vigilância Sanitária)**. In: Coleção CONASS Progestores, para entender a gestão do SUS nº 6, Tomo II. Brasília: CONASS, 2007.

_____(d). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Vol. 1. Brasília: CONASS, 2003. 244 p.

CONASEMS(a) (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª Ed., Brasília-DF: Editora MS, 2009. 480 p.

_____(b). **Reflexões aos Novos Gestores de Saúde**. 1ª Ed. Brasília-DF: CONASEMS, 2009. 200 p.

DANTAS, P.B.C. **PARECER Nº 43/2005**. Curitiba: Instituto de Saúde do Estado do Paraná. Assessoria Jurídica. 2005. 6p.

DIÁRIO DO SUDOESTE. **Caderno Sudoeste**. Pato Branco: Grupo Diário. 2009, 106 p.

DI PIETRO, Maria Silvia Zanella. **Direito Administrativo**. 19.ed. São Paulo: Atlas. 2006

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância Sanitária**, volume 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). 460 p.

FACHIN, Odília. **Fundamentos da Metodologia**. São Paulo: Saraiva. 209 p.

GAZZI, B.J. et. al. **Análise da qualidade da água nos sistemas de fornecimento de água de consumo humano pelo AGUALAB / 8ª Regional de saúde**. Apresentação de PowerPoint. Francisco Beltrão: AGUALAB / 8ª RS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Ed. Atlas, 4.ª Ed. 2002. São Paulo: Editara Atlas. 175 p.

GUIDO, Ivan de Carvalho; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 4ª ed. Ver. Atual. Campinas, SP: Editora Unicamp. 2006

LEVORATO, A.M., RODRIGUES, E. **Análise da necessidade de implantação de unidade feminina e dependência química no Hospital Colônia Adauto Botelho**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em formulação e Gestão de Políticas Públicas da UFPR. Curitiba: UFPR. 2007, 57 p.

MALIK, A.M. e Cols. **Gestão de Recursos Humanos**, volume 9. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). 138 p.

KISIL, M. E. **Gestão da Mudança Organizacional**. , In: Série Saúde & Cidadania,. volume 4. Colaboração de Tânia R. G. B. Pupo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 70 p.

MASUTTI, Sergio Luiz. **Modelo para o desenvolvimento produtivo planejado: Uma aplicação à região Sudoeste Do Paraná**. Tese de Mestrado em Engenharia. Florianópolis: UFSC. 1998. Disponível em <<http://www.eps.ufsc.br/disserta98/masutti/>>. Acessado em 22 maio de 2009.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 34ª Edição. São Paulo: Malheiros Editora Ltda., 2008. 839 p.

OMS(a) - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em <http://chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index_files/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 16 de fev. 2009.

ORBIS (Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade). **Indicadores do Milênio das Mesorregiões do Paraná 2007: Sudoeste**. Curitiba: ORBIS. 2007. Disponível em <http://orbis.org.br/cartilhas_indicadores_meso2007/sudoeste.pdf>. Acessado em 24 de maio de 2009.

PARANÁ(a), **Decreto nº 777 de 9 de maio de 2007, Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=410>>. Acesso em: 19 de set. 2008

_____(b), Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral. **Plano Plurianual – PPA: Subsídios para Elaboração do PPA 2008-2011**.

_____(c), Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2001**: versão aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde - 25/09/2008. Curitiba: SESA, 2008. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/GPS/Plano_Estadual_de_Saude2008_2011_PR.pdf>. Acessado em 16 abr. 2009.

_____(d), _____, Comissão Intergestores Bipartite – CIB/PR. **Deliberações da CIB/PR**. Disponível em <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 21 de set. 2008.

_____(e), _____, _____. **Deliberação Nº 12 de 07 de abril de 2000**. Disponível em <<http://200.189.113.52:2080/Bipartit.nsf/0b4cafec07aa88a4032568f7003fbb6/3d78c243e9ed8df78325732a007033a9?OpenDocument>>. Acesso em: 21 de set. 2008.

_____(f), _____, _____. **Deliberação Nº 16 de 17 de fevereiro de 2004**. Disponível em <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 21 de set. 2008.

_____(g), _____, _____. **Deliberação Nº 110 de 16 de outubro de 2007**. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2007/del110_07.PDF>. Acesso em: 26 fev. 2009.

_____(h), _____, _____. **Deliberação Nº 111 de 19 de outubro de 2007**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1573>>. Acesso em: 26 fev. 2009.

_____(i), _____, _____. **Deliberação Nº 158 de 4 de outubro de 2005**. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2005/del158_05.PDF>. Acesso em: 21 de set. 2008.

_____(j), _____. **Paraná inaugura centro de respostas rápidas para emergências em saúde**. Notícias da Secretaria de Estado de Saúde de 17/12/2008. Curitiba – PR. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=514>>. Acessado em 26 fev. 2009.

_____(k), _____. Sítio de Internet da Secretaria de Estado de Saúde: **Estatísticas População 2007**. Curitiba – PR. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=343>>. Acessado em 31 mar. 2009.

_____(l), _____. Sítio de Internet da Secretaria de Estado de Saúde: **Logos e Mapas**. Curitiba – PR. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=119>>. Acessado em 29 mar. 2009.

_____(m), _____. Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde: PAREPS da 8ª Regional de Saúde**. Organizado por Zélia de Matos Lopes. Francisco Beltrão: PREPS/8ª RS. 2009. 25 p.

_____(n), _____. Escola de Saúde Pública. **Relatório da II Oficina Estadual para Articulação para a Vigilância Sanitária**: Realizada de 17 a 18 dez. 2003 em Paranaguá. Curitiba: SESA/ESPP, 2003, 6 p

_____(o), _____. 8ª Regional de Saúde, PREPS. **Relatório da I Oficina Regional de Articulação para a Vigilância em Saúde**: 8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão. Francisco Beltrão: PREPS/8ª RS. 2009. 45 p

_____(p), _____. FUNDAÇÃO DE SAÚDE CAETANO MUNHOZ DA ROCHA: **Organização dos Serviços de Saneamento e Vigilância Sanitária**: Proposta para discussão, 4.ª Revisão. Curitiba, 1989. 27 p.

_____(q), _____. Código de Saúde do Estado do Paraná: Lei 13.113/2001 regulamentado pelo Decreto 5.711/2002. Curitiba: SESA, 2002. 245 p. Curitiba: SESA/PR, 2002. 262 p. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Codigo_Saude.pdf>. Acessado em 31 mar. 2009.

_____(r), _____. 8ª Regional de Saúde. DVIAS. **Planilha de resultados da PAVS 2008 da 8ª Regional De Saúde**. Francisco Beltrão: DVIAS. 2009.

_____(s), _____. SCVGS. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária: Condensado Regional**. Francisco Beltrão: SCVGS. 2007. 21 p.

_____(t), _____. **Condensado dos resultados das análises de água de consumo humano da 8ª Regional de Saúde ano 2008** – Planilha de Excel. Francisco Beltrão: 8ª Regional de Saúde. 2009.

_____(u), _____. **Resolução nº 05 de 11 de março de 1987**: Norma técnica Especial relativa à taxa de Saúde – Licença Sanitária do Exercício Profissional. Curitiba: SESA/PR. 1987. 5p

_____(v), Secretaria de Estado da Saúde, 8ª Regional de Saúde. **Arquivos de Pactuações em Saúde**. Francisco Beltrão: 8ª Regional de Saúde/SESA-PR. Março de 2009.

_____(x), _____, _____. **Consulta aos Arquivos de Planos de Ação de Vigilância Sanitária.** Francisco Beltrão: 8ª Regional de Saúde/SESA-PR.

_____(y), _____, _____. **Consulta aos Arquivos de Planos Municipais de Saúde dos municípios da 8ª Regional de Saúde.** Francisco : 8ª Regional de Saúde/SESA-PR. Março de 2009.

_____(z), _____, _____. **Consulta aos Arquivos de Cadastro de Servidores Municipais de Saúde dos municípios da 8ª Regional de Saúde.** Francisco Beltrão: 8ª Regional de Saúde/SESA-PR. Maio de 2009.

PESSÔA, V. L. S. **Fundamentos de metodologia científica para Elaboração de trabalhos acadêmicos: material para fins didáticos.** Apostila. Uberlândia: Faculdade Católica de Uberlândia, 2007, 130 p.

PEIXE, B. S., OLIVEIRA, M. E. O. **Regras para as Monografias / Projetos – TCC.** Curso de Especialização Formulação e Gestão de Políticas Públicas. Curitiba: UFPR. 2009, 4 p.

PILONETTO(a), Marcelo. Apresentação de PowerPoint: **REDELAB / PR.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Laboratório Central do Paraná. Setembro de 2007.

PILONETTO(b), Marcelo. Apresentação de PowerPoint: **REDELAB / PR / AGUALAB.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Laboratório Central do Paraná. Outubro de 2007.

ROSENFELD, S (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 304

SÁ JUNIOR, L.S.M. **Desconstruindo a definição de saúde.** Brasília: Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, p. 15-16

VALLA, V.V., Controle Social ou Controle Público. In: **Gestão e Vigilância Sanitária,** SETA, M.H. et. al. (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.49 a 59.

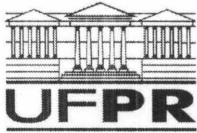
SOARES, S.R.A., et. al. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad. Saúde Pública* vol.18 no.6, Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600026> . Acessado em 16 fev. 2009.

WALDMAN, Eliseu Alves; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Col.) **Vigilância em Saúde Pública**. In: Série Saúde & Cidadania, volume 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 255 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), REGIONAL OFFICE FOR WEST PACIFIC. Busca pelo termo Surveillance (Vigilância) no Global Health Library WHO: DeCS /MeSH Terminology. Disponível em <http://ghl.wpro.who.int/php/decsws.php?tree_id=VS&lang=en>. Acessado em 22 mar. 2009.

7. APÊNDICES

7.1. APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FORMULAÇÃO E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Carta de Apresentação.

Caro Gestor,

O presente questionário faz parte do projeto de pesquisa do Aluno Benvenuto Juliano Gazzi para o Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, promovido pela Escola de Governo através do Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

A resposta adequada ao questionário colabora com o servidor estadual e com a organização dos serviços de saúde. A proposta de trabalho do aluno é analisar a situação em que se encontram as estruturas administrativas, de recursos humanos e estrutura logística da área de Vigilância em Saúde dos Municípios e da 8ª Regional de Saúde, em relação às normas do sistema único de saúde e metas pactuadas, e propor a reorganização dos serviços, onde for observada a necessidade de mudanças.

O aluno pede a colaboração de todos os gestores de saúde e profissionais que atuam na área de Vigilância em Saúde.

Orienta que o questionário seja respondido com o apoio dos técnicos que atuam na área.

Solicitamos que o questionário seja respondido **até o dia 15 de maio de 2009**, visto o prazo limitado para a apresentação da monografia.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, desde já agradecemos.

Prof. Dr. Blênio César Severo Peixe
Orientador e Coordenador do Curso

Benvenuto Juliano Gazzi
Aluno

No presente questionário abaixo são utilizadas as seguintes abreviações:

- VAS.** Vigilância Ambiental em Saúde;
VE: Vigilância Epidemiológica;
VISA: Vigilância Sanitária;
VST: Vig. Saúde do Trabalhador;
VN: Vigilância Nutricional;
VS: Vigilância em Saúde;
Outra (ponto para descrever qual área);
SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
SUS – Sistema Único de Saúde

A Vigilância em Saúde engloba a Vigilância Ambiental em Saúde (vigilância de endemias, zoonoses, água, ar, solo, etc.), Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador (vigilância do ambiente e condições sanitárias do trabalho) . Em alguns locais também pode agregar a Vigilância Nutricional (esta última área pode estar vinculada à Atenção Primária/Básica)

A - IDENTIFICAÇÃO:

1. Órgão: _____

2. Órgão Gestor:

- 1) Secretaria de Estado da Saúde (nível Central)
- 2) Secretaria de Estado da Saúde (nível Regional)
- 3) Secretaria Municipal de Saúde.

População estimada da área de abrangência (IBGE 2008): _____ habitantes

3. Identificação do responsável pelos dados

Nome: _____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Idade: _____ Sexo: (____) Masculino (____) Feminino

Formação:

(____) Nível Técnico/médio: _____

(____) Graduação área: _____

IES – Instituição de Ensino Superior: _____

Ano: _____

Pos-graduação – Especialização (____); Mestrado(____); Doutorado (____)

Treinamento específico para exercer a atividade: Sim (____) Não (____)

Função:

- 1) Gestor local
- 2) Responsável pela área de Vigilância em Saúde
- 3) Técnico da área de Vigilância em Saúde
- 4) assistente ou auxiliar da área de Vigilância em Saúde
- 5) Consultor externo
- 6) outros

Tempo de serviço: _____

B – INSERÇÃO ORGANIZACIONAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. O órgão gestor estadual ou municipal possui organograma funcional da área da Saúde?

- 1) Sim
- 2) Não

Em caso positivo, favor fornecer, se possível, EM ANEXO, o organograma funcional.

2. No caso de responder sim à Pergunta 1, a área de Vigilância em Saúde tem estruturação organizacional interna formal como parte do organograma funcional?

1 Sim

2 Não

3. Caso possua estrutura formal (previsão no organograma oficial) da área de Vigilância em Saúde, qual das formas abaixo melhor especifica a estrutura da área:

a) De forma única e agrupada (Um setor específico de Vigilância em Saúde, com as áreas relacionadas integradas em um único departamento, divisão, setor, seção, com hierarquia)

b) De forma única e segmentada (Um setor específico de Vigilância em Saúde, com as áreas relacionadas integradas de forma hierárquica em departamento, divisão, setor, seção, com hierarquia relacionada à Vigilância em Saúde)

c) De forma segmentada (as áreas de Vigilância em Saúde estão divididas entre as suas diferentes áreas com hierarquia relacionada a um departamento, divisão, ou gabinete do secretário ou outra estrutura, não havendo um setor formal de Vigilância em Saúde)

d) Outra: (descreva)

4. Assinale o maior nível que se encontra a área de saúde

☐ Secretária de Saúde (Secretário(a))

☐ Superintendência

☐ Departamento de Saúde

☐ Divisão de Saúde

☐ Outro Nível: _____

5. Assinale o maior nível que se encontra a área de Vigilância em Saúde

☐ Departamento

☐ Superintendência

☐ Coordenação de área

☐ Divisão

☐ Coordenação de Setor

☐ Seção

☐ Serviço formal (consta no organograma)

☐ Serviço informal (não consta no organograma)

6. Assinale abaixo a situação quanto a formalidade ou informalidade das áreas de Vigilância em Saúde.

Considerar formal, quando a área de Vigilância em Saúde se encontra prevista no organograma;

Considerar informal, quando a área de Vigilância em Saúde não se encontra prevista no organograma;

Área da Vigilância em Saúde	Estrutura Formal	Estrutura Informal	Não possui / executa a área/serviço	Não sabe informar
Vigilância Ambiental				
Vigilância Epidemiológica				
Vigilância Sanitária				
Vigilância em Saúde do Trabalhador				
Vigilância Nutricional				

7. Caso não possua estrutura formal ou não execute atividades de uma das áreas acima, explicite o porque:

☐ Não possui técnicos na área

☐ Não possui capacidade técnica para esta área;

☐ Não possui atividades que necessitam da área;

☐ Limitações orçamentárias;

☐ Outro motivo: _____

8. As atividades de Vigilância Nutricional estão relacionadas a que área dentro do órgão de saúde
☐ Vigilância em Saúde
☐ Atenção Básica/primária
9. Relacione o grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto entre as áreas de Vigilância em Saúde e a área responsável pelo orçamento:
 1) Fraco (☐); 2) Médio (☐); 3) Forte (☐); 4) Não observado/não sabe informar
10. Relacione o grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto da área de Vigilância em Saúde com as demais áreas técnicas do órgão gestor:
 1) Fraco (☐); 2) Médio (☐); 3) Forte (☐); 4) Não observado/não sabe informar
11. Relacione o grau de intensidade da cooperação técnica, entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, na área de Vigilância em Saúde:
 1) Fraco (☐); 2) Médio (☐); 3) Forte (☐); 4) Não observado/não sabe informar

C – INSERÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO

1. Assinale com "X" os instrumentos de gestão utilizados pelos estados ou municípios no processo de planejamento da área de Vigilância em Saúde:
 a) Plano Estadual ou Municipal de Saúde (☐)
 b) Relatório de avaliação ou de gestão (☐)
 c) Programação anual (☐)
 d) Relatório de acompanhamento ou de gestão (☐)
 e) Indicadores do Pacto pela Saúde (☐)
 f) Programação Pactuada Integrada/Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (☐)
 g) Outro (s) (☐)
2. As ações de Vigilância em Saúde estão contempladas dentro do Plano Estadual ou Municipal de Saúde, de acordo com as alternativas:
 1 Inexistente (não estão contempladas) (☐)
 2 Contempladas de forma genérica (☐)
 3 Contempladas de forma descritiva para cada área da Vigilância em Saúde (☐)
 4 Não sabe informar (☐)

3. Indique a situação que melhor identifica as condições de financiamento das atividades (para cada área) de Vigilância em Saúde, de acordo com as **alternativas**:

1. Inadequada; 2. Razoavelmente adequada; 3. Adequada

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1. Repasses Federais						
2. Repasses Estaduais						
3. Gastos Municipais						

5. O município, ou estado efetuou gastos com recursos do próprio tesouro (excluídos gastos com recurso federais e estaduais) nos últimos 2 (dois) anos, conforme as **alternativas**:
 1. Sim (☐); 2. Não (☐); 3. Não sabe informar (☐)
6. O município, em seu Conselho Municipal de Saúde, possui câmara técnica de Vigilância Sanitária ou Vigilância em Saúde?
 1) Sim
 2) Não

Caso a resposta seja não, porque? _____

Equipamento/Estrutura	Possui	VA.	VE	VISA	VST	VN	SMS	()Sim () Não
UBV Bombas manuais (veneno)	() Sim () Não							()Sim () Não
UBV Bombas interconstais	() Sim () Não							()Sim () Não
UBV pesada (Fumacê veículo)	() Sim () Não							()Sim () Não
GPS	() Sim () Não							()Sim () Não
Caixas coletas animais peçonhentos	() Sim () Não							()Sim () Não
Frascos coletas insetos	() Sim () Não							()Sim () Não
Outros equipamentos/ instrumentos (especifique)	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não
Vigilância Epidemiológica								
Geladeiras para vacinas	() Sim () Não							()Sim () Não
Capacidade total em litros: _____	() Sim () Não							()Sim () Não
Câmaras Frias	() Sim () Não							()Sim () Não
Capacidade total em litros: _____	() Sim () Não							()Sim () Não
Grupo gerador para falta de energia elétrica	() Sim () Não							()Sim () Não
Material para coleta de análises	() Sim () Não							()Sim () Não
Outros equipamentos/ instrumentos (especifique)	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não
Vigilância Sanitária								
Termômetro de inserção	() Sim () Não							()Sim () Não
Termômetro de laser	() Sim () Não							()Sim () Não
Medidor de Radiação ionizante	() Sim () Não							()Sim () Não
Dosímetro Radiação Ionizante	() Sim () Não							()Sim () Não
Sistema de arquivos para registro e guarda dos processos dos estabelecimentos	() Sim () Não							()Sim () Não
Sistema informatizado para liberação de licença Sanitária e cadastro de estabelecimentos	() Sim () Não							()Sim () Não
Material coleta análises fiscais	() Sim () Não							()Sim () Não
Outros equipamentos/ instrumentos (especifique)	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não
Vig. em Saúde do Trabalhador								
Medidor de ruído	() Sim () Não							()Sim () Não
Medidor de luz	() Sim () Não							()Sim () Não
Contador de partículas	() Sim () Não							()Sim () Não
Outros equipamentos/ instrumentos (especifique)	() Sim () Não							()Sim () Não
Vig. Nutricional								
	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não
	() Sim () Não							()Sim () Não

. APOIO LABORATORIAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

4. 1. Assinale qual a situação que melhor contempla o Apoio Laboratorial para as áreas abaixo:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra (especifique)
1. Inexistente						
2. Inadequado						
3. Razoavelmente adequado						
4. Adequado						

4.2. Caso a resposta não seja adequada, liste os pontos considerados mais inadequados: **(Máximo 3)**

- a) Indisponibilidade de análises específicas para a área
- b) demora no retorno nos resultados
- c) nº de análises limitadas
- d) Fluxo do processo inadequado
- e) Falta de estrutura para a coleta e transporte das amostras
- f) Extravio de resultados
- g) complexidade do processo de coleta
- h) Outro

5. Informe a quantidade de microcomputadores e impressoras disponíveis na área de Vigilância em Saúde.

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra (especifique)
1) Microcomputadores						
2) Impressoras						

5.1 Com relação à quantidade de microcomputadores disponível e ao tempo médio de uso, informe a situação de adequação dessa quantidade e atualização do equipamento ao volume de trabalhos desenvolvidos e ao número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra (especifique)
1. Inexistente						
2. Inadequado						
3. Razoavelmente adequado						
4. Adequado						

E) SITUAÇÃO DO PESSOAL ALOCADO

1. Assinale/Informe o número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1 Sem pessoal especificamente alocado						
2 Entre 1 e 3 pessoas						
3 Entre 4 e 6 pessoas						
4 Entre 7 e 9 pessoas						
5 De 10 a mais pessoas						

2. Indique o número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, em relação ao vínculo empregatício, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Quadro funcional						
2) Contrato temporário						
3) Contrato permanente						
4) Apenas cargo em comissão						
5) Trabalho terceirizado						
6) Outros						

3. Indique o número de pessoas em atuação, segundo o tempo médio de trabalho na área de Vigilância em Saúde, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Pessoas com até um ano de atuação						
2) Pessoas com mais de um ano e até cinco anos						
3) Pessoas com mais de cinco e até dez anos						
4) Pessoas com mais de dez anos até 20 anos						
6) Pessoas com mais de 20 anos						

4. Indique o número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, em relação ao sexo, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Sexo Feminino						
2) Sexo Masculino						

5. Indique o número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, em relação às faixas etárias:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Abaixo de 18 anos						
2) De 18 a 21 anos						
3) De 22 a 40 anos						
4) De 41 a 59 anos						
5) Acima de 60 anos						

6. Indique o número de pessoas em atuação na área de Vigilância em Saúde, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Fundamental incompleto						
2) Fundamental completo						
3) Médio incompleto						
4) Médio completo						
5) Superior incompleto						
6) Superior completo						
7) Especialização na área de Vigilância em Saúde						
8) Especialização em Saúde Pública						
9) Especialização em outras áreas						
10) Mestrado profissional na área de Vigilância em Saúde						
11) Mestrado profissional em Saúde Pública						
12) Mestrado profissional em outras áreas						
13) Mestrado <i>strictu sensu</i> na área de Vigilância em Saúde						
14) Mestrado <i>strictu sensu</i> em Saúde Pública						
15) Mestrado <i>strictu sensu</i> em outras áreas						
16) Doutorado na área de Vigilância em						

* VA: Vigilância Ambiental; VE: Vigilância Epidemiológica; VISA: Vigilância Sanitária; VST: Vig. Saúde do Trabalhador Outra (descreva qual área); SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

8.2 - Indique abaixo quais e quantos profissionais de NÍVEL MÉDIO ou ELEMENTAR de acordo para qual cargo/área está contratado para atuar contratados para atuar na Vigilância em Saúde

Refere-se ao cargo que consta no contra-cheque/comprovante de pagamento ou em contrato

		Área de atuação					Exclusivo na Vigilância em Saúde?
Profissional	Nº Prof.	VA.	VE	VISA	VST	VN	() Sim () Não
01. Agente de Saúde							() Sim () Não
02. Agente Administrativo							() Sim () Não
03. Auxiliar de Saúde e Ecologia Humana							() Sim () Não
04. Auxiliar Operacional							() Sim () Não
05. Assistente de Administração							() Sim () Não
06. Auxiliar de Enfermagem							() Sim () Não
07. Auxiliar de Administração							() Sim () Não
08. Guarda Sanitário							() Sim () Não
09. Guarda de Endemias							() Sim () Não
10. Inspetor Sanitário							() Sim () Não
11. Fiscal							() Sim () Não
12. Técnico de Administração							() Sim () Não
13. Técnico de Enfermagem							() Sim () Não
14. Técnico de Saneamento							() Sim () Não
15. Técnico de Vigilância Ambiental							() Sim () Não
16. Técnico de Vigilância Epidemiológica							() Sim () Não
17. Técnico de Vigilância Sanitária							
18. Técnico de Higiene Dental							
19. Atendente de Consultório Dentário							() Sim () Não
20. Técnico de Laboratório							() Sim () Não
21. Auxiliar de Laboratório							() Sim () Não
22. Outros (especifique)							() Sim () Não
							() Sim () Não
							() Sim () Não

* VA: Vigilância Ambiental; VE: Vigilância Epidemiológica; VISA: Vigilância Sanitária; VST: Vig. Saúde do Trabalhador Outra (descreva abaixo); SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

8.3. Quanto à exclusividade dos profissionais de Nível Superior na Vigilância em Saúde:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra (especifique)
1. Nenhum profissional é exclusivo da VS;						
2. Alguns são exclusivos da VS						
3. A maioria é exclusiva da VS						
4) Todos são exclusivos da VS						
5) Não sabe informar						

9. Enumere a situação que melhor identifica as condições de recursos humanos em relação às atividades pactuadas e normas do Sistema Único de Saúde (para cada área) que dão suporte à atividade de Vigilância em Saúde, de acordo com as **alternativas**:

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra (especifique)
1. Inadequado						
2. Razoavelmente adequado						
3. Adequado						

10. Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de Vigilância em Saúde em relação à capacitação a ser oferecida na área:

Curto prazo(1) médio prazo(2) longo prazo(3)

Situação	VA.	VE	VISA	VST	VN	Outra ou área única (especifique)
1) Oficinas técnicas específicas						
2) Treinamento em conceitos básicos na área de Vigilância em Saúde						
3) Técnico em Vigilância em Saúde						
4) Especialização na área de Vigilância em Saúde						
5) Especialização em Saúde Pública						
6) Especialização em outras áreas						
7) Mestrado profissional na área de Vigilância em Saúde						
8) Mestrado profissional em Saúde Pública						
9) Mestrado profissional em outras áreas						
10) Mestrado <i>strictu sensu</i> na área de Vigilância em Saúde						
11) Mestrado <i>strictu sensu</i> em Saúde Pública						
12) Mestrado <i>strictu sensu</i> em outras áreas						
13) Capacitação técnica específica (inicial) para a área de atuação						
Outros:						

F) ASPECTOS RESTRITIVOS E FACILITADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Assinale os principais aspectos com influências restritivas e aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância em Saúde (como um todo):

Restritivas (assinale no máximo três)	Facilitadoras (assinale no máximo três)
1 <input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário
2 <input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/> Equipe mínima adequada
3 <input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/> Equipe capacitada/qualificada
4 <input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/> Equipe motivada
5 <input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/> Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6 <input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/> Área é considerada prioritária
7 <input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/> Baixa Rotatividade dos Servidores
8 <input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/> Porte do Município

3. Assinale os principais aspectos com influências restritivas e aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância em Saúde a serem executadas pelo Estado (pergunta exclusiva para os municípios):

Restritivas (assinale no máximo três)	Facilitadoras (assinale no máximo três)
1 <input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário
2 <input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/> Equipe mínima adequada
3 <input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/> Equipe capacitada/qualificada
4 <input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/> Equipe motivada

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Relação nº de município/ servidores da área	<input type="checkbox"/>	Relação nº de município/ servidores da área

4. Assinale os principais aspectos com influências restritivas e aspectos com influências facilitadoras do processo de vigilância Ambiental:

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
1	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/>	Financeiro/orçamentário
2	<input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/>	Equipe mínima adequada
3	<input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/>	Equipe capacitada/qualificada
4	<input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/>	Equipe motivada
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/>	Porte do Município
8	<input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/>	Baixa Rotatividade dos Servidores
9	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional de Nível Superior na área	<input type="checkbox"/>	Relação nº de município/ servidores da área

5. Assinale os principais aspectos com influências restritivas e aspectos com influências facilitadoras do processo de vigilância Epidemiológica:

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
1	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/>	Financeiro/orçamentário
2	<input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/>	Equipe mínima adequada
3	<input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/>	Equipe capacitada/qualificada
4	<input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/>	Equipe motivada
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/>	Porte do Município
8	<input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/>	Baixa Rotatividade dos Servidores
9	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional de Nível Superior na área	<input type="checkbox"/>	Relação nº de município/ servidores da área
10	<input type="checkbox"/> Limitação no apoio laboratorial	<input type="checkbox"/>	

6. Assinale os principais aspectos com influências e cinco aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância Sanitária:

Restritivas (assinale no máximo três)	Facilitadoras (assinale no máximo três)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
1	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/>	Financeiro/orçamentário
2	<input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/>	Equipe mínima adequada
3	<input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/>	Equipe capacitada/qualificada
4	<input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/>	Equipe motivada
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/>	Porte do Município
8	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional de Nível Superior na área	<input type="checkbox"/>	Relação nº de município/ servidores da área
9	<input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/>	Baixa Rotatividade dos Servidores
10	<input type="checkbox"/> Interferência política e/ou econômica na área	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/> Limitação no apoio laboratorial	<input type="checkbox"/>	

7. Assinale os principais aspectos com influências restritivas e aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador:

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
1	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/>	Financeiro/orçamentário
2	<input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/>	Equipe mínima adequada
3	<input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/>	Equipe capacitada/qualificada
4	<input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/>	Equipe motivada
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/>	Porte do Município
8	<input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/>	Baixa Rotatividade dos Servidores
9	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional de Nível Superior na área	<input type="checkbox"/>	

8. Cite até cinco aspectos com influências restritivas e cinco aspectos com influências facilitadoras do processo de Vigilância Nutricional:

Restritivas (assinale no máximo três)		Facilitadoras (assinale no máximo três)	
1	<input type="checkbox"/> Financeiro/orçamentário	<input type="checkbox"/>	Financeiro/orçamentário
2	<input type="checkbox"/> Limitação da equipe (nº)	<input type="checkbox"/>	Equipe mínima adequada
3	<input type="checkbox"/> Capacitação/formação da equipe	<input type="checkbox"/>	Equipe capacitada/qualificada
4	<input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades	<input type="checkbox"/>	Equipe motivada
5	<input type="checkbox"/> Estrutura (equipamentos e material) insuficiente/ inadequada	<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de estrutura (equipamentos e material)
6	<input type="checkbox"/> Área não é considerada prioritária	<input type="checkbox"/>	Área é considerada prioritária
7	<input type="checkbox"/> Porte do Município (pequeno)	<input type="checkbox"/>	Porte do Município
8	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional de Nível Superior na área	<input type="checkbox"/>	Relação nº de município/ servidores da área
9	<input type="checkbox"/> Alta Rotatividade dos Servidores	<input type="checkbox"/>	Baixa Rotatividade dos Servidores

7.2. APÊNDICE II – PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO

Perfil dos técnicos que responderam o questionário

Idade	idade
Mais Novo	22 anos
Mais Velho	51 anos
Média	35 anos

Sexo:	Qtd	Qtd %
Masculino	14	56 %
Feminino	11	44 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Formação	Qtd	Qtd %
Nível Técnico / Médio	4	16 %
Graduação	21	84 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

pós-graduação se possuir:	Qtd	Qtd %
Não Possui/Não informado	15	60 %
Especialização	9	36 %
Fichas Preenchidas	24	96 %
Não responderam	1	4 %

Treinamento específico para exercer a atividade:	Qtd	Qtd %
Sim	14	56 %
Não	8	32 %
Fichas Preenchidas	22	88 %
Não responderam	3	12 %

Função	Qtd	Qtd %
Gestor (principal)	4	16 %
Responsável pela área de vigilância em saúde	11	44 %
Técnico da área de vigilância em saúde	8	32 %
Assistente ou auxiliar da área de vigilância em saúde	1	4 %
Outro:	1	4 %
Fichas Preenchidas	25	100 %

Tempo de Serviço:	Qtd	Qtd %
1) Até um ano	6	24 %
2) Com mais de um ano e até cinco anos	7	28 %
3) Com mais de cinco e até dez anos	4	16 %
4) Com mais de dez anos até 20 anos	2	8 %
5) Com mais de 20 anos	3	12 %
6) Não informou	1	4 %
Fichas Preenchidas	23	92 %
Não responderam	2	8 %

7.3. APÊNDICE III – PROPOSTA DE DELIBERAÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Proposta de Deliberação

DELIBERAÇÃO Nº ____/20__

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em ____/____/20__, no município de Curitiba, **considerando**:

- Portaria GM/MS nº 1.998 de 21 de agosto de 2007, que estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências;
- Portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004 que Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
-
- proposta apresentada pela Secretaria de Estado de Saúde de estrutura e recursos humanos mínimos necessários para a execução das ações Vigilância em Saúde.

APROVA Os Critérios Mínimos para Certificação dos Municípios para assumirem a gestão das ações de Vigilância em Saúde, incluindo os Critérios de Estrutura e de Recursos Humanos Mínimos Necessários para a Execução das Ações de Vigilância em Saúde (VS), nos campos da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância em Saúde do Trabalhador(VST), conforme abaixo discriminados:

1. **Estrutura Administrativa** - comprovar a existência de estrutura de apoio administrativo com material de expediente (formulários das diversas áreas da VS, autos, roteiros, impressos de licenciamento, legislação, etc), e recursos materiais (veículos, micro computador com impressora, máquina fotográfica, equipamentos técnicos específicos), material para coleta de exames e análises fiscais e de orientação.
 - Para Vigilância Ambiental em Saúde: Para o programa de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano, um dosador de cloro pelo método DPT, 1 turbidímetro, para cada equipe de coleta (1 equipe para cada 150 coletas/mês); Para o programa Nacional de Controle da Dengue, nos municípios infestados pelo *Aedes aegypti* onde houver vírus circulante da Dengue nos últimos dois anos, equipamentos de aspersão de Ultra Baixo Volume, de acordo com os manuais de orientação do PNCD.
 - Para Vigilância Epidemiológica: Formulários específicos da área; no mínimo dois micro computadores com impressora, máquina fotográfica, equipamentos para controle de temperatura da rede de frios
 - Para Vigilância Sanitária: formulários das diversas áreas da VISA, autos, roteiros, impressos de licenciamento, legislação, etc., e recursos materiais (veículos, micro computador com impressora, máquina fotográfica, sistema informatizado para cadastro de estabelecimentos e emissão de relatórios, preferencialmente o SINAVISA, ou programa compatível com o SINAVISA;
 - Para Vigilância em Saúde do Trabalhador: Equipamentos para verificação de luminosidade; temperatura, umidade, e outros específicos para a VST para

municípios acima de 50.000 habitantes. Para os demais municípios, esses equipamentos devem se encontrar disponíveis nas Regionais de Saúde.

2. **Alimentação dos Sistemas de Informações** do SIM, SINAN, SINASC e API, SINAVISA, FAD, e estar com os bancos de dados desses Sistemas de Informações alimentados pelo menos até o penúltimo mês em relação ao da solicitação.
3. **Cobertura Vacinal**: Possuir cobertura vacinal em menores de 01 ano (Vacinas BCG, Sarampo, Anti-Pólio Oral – 3ª Dose, DPT – 3ª Dose, e Hepatite – 3ª Dose) de acordo com as metas pactuadas anualmente.
4. **Equipe e estrutura Mínima**: possuir equipe e estrutura mínima conforme os níveis abaixo:

Nível I Municípios de porte reduzido (até 5.000) habitantes:

As áreas de vigilância em saúde em um único setor, formalmente instituído, sob coordenação de um profissional de nível superior da área de saúde, com exclusividade para o setor. O município deve possuir técnicos de nível médio exclusivos para a área de acordo com a sua realidade, garantindo técnicos específicos e exclusivos para a área de vigilância epidemiológica (no mínimo um), sanitária (no mínimo um) e ambiental em saúde (no mínimo um). Estes técnicos podem acumular a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Nível II Municípios de pequeno porte, de 5.000 a 20.000 habitantes:

As áreas de vigilância em saúde em um único setor, formalmente instituído, com serviços de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em Saúde formalmente instituídos, sob coordenação de um profissional de nível superior da área de saúde, com exclusividade para o setor.

- Deve haver pelo menos um profissional de nível superior para a área de vigilância epidemiológica, exclusivo ao setor; e dois técnicos de nível médio exclusivos para o setor
- Deve haver pelo menos um profissional de nível superior para a área de vigilância sanitária, exclusivo ao setor, e técnicos de nível médio de acordo com os parâmetros abaixo;
- Para o combate às endemias, garantir a equipe mínima de acordo com o Plano Nacional de Combate à Dengue, e demais planos relativos ao combate da Febre Amarela, Chagas, e outras doenças se for o caso.
- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de baixo risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos ou ações técnicas da área (coletas, notificações, cadastro, etc.);
- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de médio e alto risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível superior e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos e ações técnicas (coletas, notificações, cadastro, etc.); Estes profissionais, podem acumular ações de inspeção e demais atividades de vigilância em saúde do trabalhador, observado o limite de ações previstas.
- As ações que requeiram equipe multiprofissional, ou profissional especializado podem ser realizadas através de ação complementar ou suplementar do Estado ou através de constituição de consórcio de municípios.

Nível II Municípios de médio porte, de 20.000 a 50.000 habitantes :

que agrupe as áreas de vigilância em saúde em um único setor, formalmente instituído como departamento, divisão ou outra estrutura equivalente, com serviços de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em Saúde formalmente instituídos, sob coordenação de um profissional de nível superior da área de saúde, com exclusividade para o setor.

- Deve haver pelo menos dois profissionais de nível superior para a área de vigilância epidemiológica, preferencialmente de classes diferentes, sendo um deles exclusivo ao setor; e dois técnicos de nível médio exclusivos para o setor
- Deve haver equipe multi-profissional de nível superior mínima para a área de vigilância sanitária: um para a área de alimentos; um para a área de produtos (preferencialmente farmacêutico); um para área de serviços de saúde (preferencialmente enfermeiro)

- Deve haver profissional de nível superior, não exclusivo, para ações de vigilância ambiental em saúde e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância em Saúde ou Técnico de Vigilância Ambiental) na proporção de 1 para cada 150 ações/.atividades programáticas do setor.

- Para o combate às endemias, garantir a equipe mínima de acordo com o Plano Nacional de Combate à Dengue, e demais planos relativos ao combate da Febre Amarela, Chagas, e outras doenças quando for o caso.

- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de baixo risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos ou ações técnicas da área (coletas, notificações, cadastro, etc.);

- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de médio e alto risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível superior e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos e ações técnicas (coletas, notificações, cadastro, etc.); Estes profissionais, podem acumular ações de inspeção e demais atividades de vigilância em saúde do trabalhador, observado o limite de ações previstas; Havendo mais de 300 atividades de inspeção/ações programáticas, deve-se prever equipes especializadas para os serviços preponderantes.

- Para análise de projetos de saúde ou de interesse à saúde prever engenheiro ou arquiteto, não exclusivo, ressalvadas as limitações legais, sendo vedado a esse aprovar projetos elaborado ou assessorado pelo mesmo.

- As ações que requeiram equipe multiprofissional, ou profissional especializado não existente no município podem ser realizadas através de ação complementar ou suplementar do Estado ou através de constituição de consórcio de municípios.

Nível II Municípios de maior porte, acima de 50.000 habitantes:

A áreas de vigilância em saúde em um único setor, formalmente instituído como departamento, divisão ou outra estrutura equivalente, com serviços de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em Saúde e saúde do trabalhador formalmente instituído, na forma de seção ou divisão. Cada área ficará sob coordenação de um profissional de nível superior da área de saúde, com exclusividade para o setor.

- Deve haver pelo menos dois profissionais de nível superior exclusivos para a área de vigilância epidemiológica, e mais um a cada fração de 25.000 habitantes, preferencialmente de classes diferentes, e dois técnicos de nível médio exclusivos para o setor, e mais um técnico a cada 25.000 habitantes.

- Deve haver equipe multi-profissional de nível superior mínima para a área de vigilância sanitária: conforme proporções abaixo estabelecidas.

- Deve haver profissional de nível superior exclusivo para ações de vigilância ambiental em saúde e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância em Saúde ou Técnico de Vigilância Ambiental) na proporção de 1 para cada 150 ações/.atividades programáticas do setor.

- Para o combate às endemias, garantir a equipe mínima de acordo com o Plano Nacional de Combate à Dengue, e demais planos relativos ao combate da Febre Amarela, Chagas, e outras doenças quando for o caso.

- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de baixo risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos ou ações técnicas da área (coletas, notificações, cadastro, etc.);

- Para inspeção de estabelecimentos e serviços de médio e alto risco epidemiológico/sanitário e complexidade, prever um profissional de nível superior e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos e ações técnicas (coletas, notificações, cadastro, etc.); prevendo equipes especializadas para a área de alimentos (um com profissional de nível na área de formação específica de alimentos; um para a área de produtos de interesse à saúde (preferencialmente farmacêutico); equipe multiprofissional para a área de serviços de saúde e de interesse à saúde (enfermeiro, odontólogo, médico, se houver disponibilidade desse), observado os profissionais com serviços preponderantes.

- Para análise de projetos de saúde ou de interesse à saúde prever engenheiro, tecnólogo ou arquiteto exclusivo, o qual pode acumular ações de vigilância sobre o meio ambiente relacionada à saúde.

- Para ações de inspeção e demais atividades de vigilância em saúde do trabalhador, prever um profissional de nível superior com formação em vigilância em saúde do trabalhador e um profissional de nível médio (Técnico de vigilância sanitária ou vigilância em Saúde) para cada 150 estabelecimentos e ações técnicas (coletas, notificações, cadastro, etc.);

- As ações que requeiram equipe multiprofissional, ou profissional especializado não existente no município podem ser realizadas através de ação complementar ou suplementar do Estado ou através de constituição de consórcio de municípios.

5. As ações de caráter suplementar ou complementar do Estado se darão nos municípios quando:

1 - Não houver profissional específico ou especializado requerido por norma, legislação sanitária, legislação de âmbito exclusivo profissional, a exemplo de inspeção de farmácias, distribuidoras de medicamentos, indústria farmacêutica, que são atribuições exclusivas de farmacêutico;

2 - Quando a inspeção necessitar de equipamento especial para verificação de condição sanitária, que não se encontre disponível no âmbito municipal;

3 - Nas situações de auto-inspeção de unidades próprias de saúde;

4 - Nas situações em que houver impedimento legal ou ético de realização de inspeção pelo profissional responsável pelo município;

5 - Quando da constatação de omissão de ação pelo município, sendo tal fato obrigatoriamente notificado ao Ministério Público para as ações que esse achar cabível;

6 - Quando determinado pelo Ministério Público ou Poder Judiciário.

No caso do item 1, o mesmo deve ser requerido ao Estado no final de cada ano para que o Estado, através de sua respectiva regional de saúde, proceda à inclusão na sua programação de atividades.

6. Capacitação Inicial:

- Os profissionais de saúde que compõem a Vigilância em Saúde devem receber capacitação inicial para as atividades que exercerá, sendo dever do Estado através das políticas de Educação Permanente em Saúde disponibilizá-los.

7. Forma de contrato

Os profissionais que atuam na vigilância em saúde, especialmente os que atuam na Vigilância Sanitária e que no exercício da função exercerão o poder de polícia, deve ser do quadro efetivo (estatutário ou concursado);

8. Apresentar anualmente o Plano de Ação em Vigilância em Saúde de acordo com a Programação de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde, e demais documentos previstos nas Portarias supra-citadas.

9. Os Critérios Mínimos para Exclusão da Certificação

a. Não alimentar os Sistemas de Informações listados nessa certificação por 02 meses consecutivos.

b. Não ter implantado a Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas no prazo de 06 meses após a certificação.

c. Redução da equipe mínima estabelecida para a certificação.

d. Não encaminhar os profissionais para treinamentos de epidemiologia nos cursos Básicos de Vigilância em Saúde Nível Médio e Superior, ou cursos específicos de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, e Treinamento em Sala de Vacinas.

e. Redução da Cobertura Vacinal abaixo do limite de certificação.

- 10. A Câmara Técnica de Vigilância Sanitária elaborará no prazo de 120 dias os critérios para classificação de estabelecimentos quanto ao risco e complexidade e padronização de renovação de Licença Sanitária para o Estado do Paraná.**

Coordenador Estadual

Coordenador Municipal

7.4. APÊNDICE IV – CD-ROM DE APOIO AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CD-Rom de Apoio às ações de Vigilância em Saúde – Estudo básico

O CD-Rom incluído no presente TCC, contém material básico para as ações de Vigilância em Saúde nas suas diversas áreas. Trata-se de material básico, com formatação simples e ainda em construção, sendo a proposta do autor de compilar os principais documentos presentes em formatação digital e disponibilizados na Internet aos profissionais.

Para a construção deste material de apoio será necessário o apoio técnico de especialistas em construção de páginas de internet e mídias digitais, para que se torne um material de fácil consulta aos técnicos de Vigilância em Saúde.



8. ANEXOS

8.1. ANEXO I – PORTARIA GM/MS Nº 1.172 DE 15 DE JUNHO DE 2004.

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.172, de 15 de junho de 2004

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à vigilância em saúde, e

Considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária dos dias 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

Considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 29 de abril de 2004; e

Considerando a aprovação da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde para o ano de 2004, que incorpora ações básicas de Vigilância Sanitária, em 11 de novembro de 2003, resolve:

CAPÍTULO I
DAS COMPETÊNCIAS

Seção I
Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde;

II - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

III - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos Estados;

IV - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual;

V - definição das atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS;

VI - normatização técnica;

VII - assessoria técnica a Estados e a municípios;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico); e

d) equipamentos de proteção individual - EPI compostos de máscaras respiratórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde.

IX - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nesta Portaria;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos Estados; e

c) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

- XII - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional;
- XIII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;
- XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Vigilância em Saúde;
- XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Vigilância em Saúde;
- XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e às Secretarias Municipais de Saúde - SMS na elaboração da PPI-VS de cada Estado;
- XVIII - supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes; e
- XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Parágrafo único. A responsabilidade pela disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI será das três esferas de governo, de acordo com o nível de complexidade a ser definido pela especificidade funcional desses equipamentos.

Seção II Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

- I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;
- II - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos municípios;
- III - execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
- IV - execução das ações de Vigilância em Saúde, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;
- V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- VI - assistência técnica aos municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos arts 14 a 19 desta Portaria; e
- VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
 - b) seringas e agulhas, sendo facultado ao Estado a delegação desta competência à União, desde que a parcela correspondente do TFVS seja subtraída do repasse à SES;
 - c) óleo vegetal;
 - d) equipamentos de aspersão de inseticidas; e
 - e) aquisição de equipamentos de proteção individual -EPI:
 - 1. máscaras faciais completas para a nebulização de inseticidas a Ultra Baixo Volume - UBV (a frio e termonebulização) para o combate a vetores; e
 - 2. máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores;
- IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;
- X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:
 - a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) envio dos dados ao nível federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) análise dos dados; e
 - d) retroalimentação dos dados;
- XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual;
- XIII - capacitação de recursos humanos;
- XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Vigilância em Saúde;
- XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

- XVI - supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, programadas na PPI-VS, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, o mercúrio e o benzeno;
- XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
- XIX - supervisão da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- XX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública;
- XXI - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;
- XXII - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações; e
- XXIII - supervisão da execução das ações básicas de vigilância sanitária realizadas pelos municípios.

Seção III

Dos Municípios

Art. 3º Compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

- I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
- II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde;
- VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-VS;
- VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;
- VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;
- IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;
- X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;
- XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;
- XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporariamente associados à vacinação;
- XIII - vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;
- XIV - execução das ações básicas de vigilância sanitária;
- XV - gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:
 - a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) análise dos dados; e
 - d) retroalimentação dos dados.
- XVI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XVII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- XVIII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- XIX - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XX - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;

XXI - aquisição de equipamentos de proteção individual – EPI referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança, publicado pelo Ministério da Saúde; e

XXII - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos Estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV

Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a Estados e municípios.

CAPÍTULO II

DA PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Art. 5º Ações de Vigilância em Saúde serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Vigilância em Saúde, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da Federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas as unidades da Federação estabeleçam a PPI-VS estadual, especificando, para cada atividade proposta, o gestor que será responsável pela sua execução; e

III - os Estados e municípios poderão incluir ações de vigilância em saúde, a partir de parâmetros epidemiológicos estaduais e/ou municipais, pactuadas nas CIB.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde - MS e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III

DA CERTIFICAÇÃO

Art. 7º São condições para a certificação dos Estados e do Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Vigilância em Saúde:

I - formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;

II - apresentação da PPI-VS para o Estado, aprovada na CIB; e

III - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e do Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e encaminhada para deliberação na CIT.

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB, Plena de Atenção Básica Ampliada - PABA ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Vigilância em Saúde mediante:

I - formalização do pleito pelo gestor municipal;

II - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e

III - programação das atividades estabelecidas pela PPI-VS sob sua responsabilidade.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios, aprovadas na CIB, serão encaminhadas para análise da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

Art. 13. Os Estados e o Distrito Federal deverão manter arquivo dos processos de certificação e da PPI-VS atualizadas anualmente.

CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO

Art. 14. O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada unidade da Federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV do Capítulo I desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. Os recursos do TFVS serão disponibilizados a Estados, a municípios e ao Distrito Federal para execução das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 15. As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:

- I - estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão e Mato Grosso;
- II - estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- III - estrato III - São Paulo e Paraná; e
- IV - estrato IV - Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 16. O TFVS de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- I - valor **per capita** multiplicado pela população de cada unidade da Federação;
- II - valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da Federação; e
- III - contrapartidas do Estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata o inciso III deste artigo deverão ser para os estratos I, II, III e IV de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 %, 35% e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nos incisos I e II e da parcela de que trata o § 2º do artigo 18 desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo, os dados relativos à população e à área territorial de cada unidade da Federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, atualizados anualmente, de forma automática, os valores referentes à população.

Art. 17. A CIB, baseada nas competências dos Estados e dos municípios definidos nas Seções II e III, e considerando perfil epidemiológico e características demográficas, assim como o TFVS, informará à Secretaria de Vigilância em Saúde o montante a ser repassado a cada município para execução das ações de Vigilância em Saúde que, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o **caput** deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 18. Os municípios certificados na forma estabelecida nos artigos 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores **per capita** inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 1º As capitais e os municípios que compõem sua Região Metropolitana não poderão perceber valores **per capita** inferiores a 80% (oitenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 2º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido um valor **per capita** que, multiplicado pela população do Município, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 3º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 19. O repasse dos recursos federais do TFVS, incluindo o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária aos municípios (Portaria nº 1.882/1997), será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com pactuação feita nas CIB, com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Art. 20. Será instituída uma dotação nacional correspondente a 0,5% do valor anual do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para aplicações emergenciais, mediante análise da situação pela Secretaria de Vigilância em Saúde, ou em situações de epidemia em que as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde apresentarem justificativa e programação necessária de recursos a serem utilizados, com aprovação da SVS.

§ 1º Os recursos não-aplicados até o mês de setembro de cada ano serão repassados às unidades federadas na mesma proporção do repasse sistemático do TFVS, sendo que a SVS apresentará na CIT, mensalmente, planilha demonstrativa dos recursos aplicados e disponíveis.

§ 2º A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB e informado à Secretaria de Vigilância em Saúde para que seja efetuado o repasse.

CAPÍTULO V DAS PENALIDADES

Art. 21. A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS poderá suspender o repasse dos recursos de que trata o artigo 19, nos seguintes casos:

- I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-VS, quando não acatadas as justificativas apresentadas pelo gestor e o não cumprimento de Termo de Ajuste de Conduta- TAC;
- II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;
- III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;
- IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação e retroalimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados);
- V - falta de atendimento tempestivo a solicitações formais de informações; e
- VI - por solicitação formal do gestor estadual, quando as hipóteses de que tratam os incisos anteriores for constatado por estes.

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, a Secretaria de Vigilância em Saúde, com base em parecer técnico fundamentado, poderá:

- I - restabelecer o repasse dos recursos financeiros; ou
- II - propor, à CIT, o cancelamento da certificação do Estado ou do município.

§ 2º O cancelamento da certificação, observados os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Vigilância em Saúde correspondentes serão assumidas:

- I - pelo Estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
- II - pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em caso de cancelamento da certificação de Estado.

Art. 22 A Secretaria de Vigilância em Saúde poderá suspender o repasse mensal do TFVS para Estados e municípios que não demonstrarem a aplicação de recursos no valor equivalente a 6 (seis) meses de repasse, a partir de janeiro de 2005.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde editará ato normativo pactuado na CIT, detalhando os fluxos e procedimentos para a aplicação prática desta medida.

Art. 23. Além das sanções de que trata os artigos 21 e 22 desta Portaria, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - comunicação à Câmara Municipal; e
- VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Para maior efetividade na consecução das ações de Vigilância em Saúde, por parte dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde:

- I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, e preferencialmente que essa estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;
- II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;
- III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de Vigilância em Saúde às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e pelo Programa Saúde da Família - PSF; e
- IV - integrar as atividades de diagnóstico laboratorial às ações de Vigilância em Saúde por meio da estruturação de Rede de Laboratórios que inclua os laboratórios públicos e privados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a SVS se caracterize como melhor árbitro.

Art. 26. As SES e as SMS deverão informar à SVS a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- I - aposentadoria de servidores;
- II - incorporação de atividades ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família - PSF; e
- III - aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a Secretaria de Vigilância em Saúde submeterá à avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da força de trabalho cedida e alocada em cada Estado da Federação.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata este artigo, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da SVS, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os Estados e os municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e as SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela SVS, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem como a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A SVS, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2006, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância

epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. A SVS disponibilizará os **kits** para realização dos testes de colinesterase sanguínea, e demais testes que vierem a ser incorporados na rotina, para as SES, que serão responsáveis pela distribuição dos **kits** e a coordenação do processo de realização de exames de controle de intoxicação para os agentes de controle de endemias cedidos, que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Parágrafo único. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde prover as condições para realização de exames de controle de intoxicação para os agentes especificados acima.

Art. 30. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA estabelecerá, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde, critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º A FUNASA realizará o pagamento, mediante o envio, pela SES, da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será acrescido ao TFVS dos municípios certificados ou do Estado, dependendo da vinculação funcional, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Revogar a Portaria nº. 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999, publicada no DOU nº 240-E, Seção I, pág. 21, de 16 de dezembro de 1999, e a Portaria nº 1.147/GM, de 20 de junho de 2002, publicada no DOU nº 118, Seção 1, pág. 159, de 21 de junho de 2002.

Art. 33. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

8.2. ANEXO II – PORTARIA GM/MS Nº 1.998, DE 21 DE AGOSTO DE 2007

Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.998, DE 21 DE AGOSTO DE 2007

Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre o repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que dispõe sobre a comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução IBGE nº 5, de 30 de agosto de 2005;

Considerando os artigos 3º, 5º, 6º, 18, 19, 20 e 22 da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 1.052/GM, de 8 de maio de 2007, que aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, resolve:

Art. 1º - Regulamentar o repasse dos recursos financeiros federais, do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária, do período de junho a dezembro de 2007.

Art. 2º - Os recursos financeiros federais destinados às ações de Vigilância Sanitária, no Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, montam o valor total de R\$ 115.679.855,44 (cento e quinze milhões, seiscentos e setenta e nove mil oitocentos e cinquenta e cinco reais e quarenta e quatro centavos).

§ 1º Os recursos federais de que trata este artigo refere-se ao Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA, constituído pelo Piso Estruturante e pelo Piso Estratégico.

§ 2º O Piso Estruturante é composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "a" e inciso II alínea "a"

§ 3º O Piso Estratégico é composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "b" e inciso II alíneas "a" e "b"

Art. 3º - O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA transferido aos estados será calculado a partir do Piso Estratégico, mediante:

I - valor per capita, calculado à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas, cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor (Anexo I); e

II - Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária (Anexo I).

Art. 4º - O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA do Distrito Federal será definido, mediante:

I - Piso Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano, conforme Anexo II; e

II - Piso Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano e Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária, conforme Anexo I.

Art. 5º - O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA de cada Município será definido, mediante:

I - Piso Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais)/ano para Municípios, cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor, conforme Anexo II e II-A, composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "a" e inciso II alínea "a", e refere-se ao segmento Estruturante do Elenco Norteador das Ações de VISA (Anexo IV); e

II - Piso Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano (Anexo III e Anexo III-A), composto por recursos financeiros oriundos da ação orçamentária constante do artigo 6º, em seus incisos I alínea "b" e inciso II alíneas "a" e "b", pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme critérios definidos no Anexo IV, que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA.

Art. 6º - Os recursos financeiros federais necessários ao repasse do TFVISA serão provenientes das dotações orçamentárias, constantes do Programa de Governo "Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes" nas seguintes unidades orçamentárias:

I - Fundo Nacional de Saúde no montante total de R\$ 87.516.819,30 (oitenta e sete milhões quinhentos e dezesseis mil oitocentos dezenove reais e trinta centavos), nas seguintes ações orçamentárias:

a - "Incentivo Financeiro aos Municípios e ao Distrito Federal habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para Ações de Vigilância Sanitária", na ação orçamentária 10.304.1289.0990, R\$ 47.556.733,26 (quarenta e sete milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil setecentos e trinta e três reais e vinte e seis centavos);

b - "Incentivo Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Execução de Ações de Médio e Alto Risco Sanitário Inseridos na Programação Pactuada de Vigilância Sanitária", na ação orçamentária 10.304.1289.0852, no valor R\$ 39.960.086,04 (trinta e nove milhões, novecentos e sessenta mil oitenta e seis reais e quatro centavos);

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária no montante total de R\$ 28.163.036,14 (vinte e oito milhões, cento e sessenta e três mil trinta e seis reais e quatorze centavos), relativo a Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária, distribuído da seguinte forma:

a - Ação orçamentária 10.304.1289.6133 - "Vigilância Sanitária de Produtos", no valor de R\$ 21.692.847,97 (vinte e um milhões seiscentos e noventa e dois mil oitocentos e quarenta e sete reais e noventa e sete centavos);

b - Ação orçamentária 10.304.1289.6134 - "Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde", no valor de R\$ 6.470.188,17 (seis milhões quatrocentos e setenta mil cento e oitenta e oito reais e dezessete centavos).

Art. 7º - O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, de forma regular e automática, na modalidade fundo a fundo.

Art. 8º - O componente da Vigilância Sanitária relativo às Taxas de Fiscalização será o total estabelecido nos anexos I, II-A, III e III-A, compensadas as transferências realizadas até a competência maio/2007.

Art. 9º - A Agência Nacional de Vigilância Sanitária está fica autorizada a transferir ao Fundo Nacional de Saúde as dotações orçamentárias de que trata o inciso II do artigo 6º, para custear as despesas de que trata o artigo 5º.

Art. 10. O Planejamento da área de Vigilância Sanitária, nas três esferas de governo, será concretizado pelas ações previstas nos respectivos Planos de Saúde.

Art. 11. As ações previstas nos Planos de Saúde deverão contemplar as descritas no Anexo IV, de acordo com as necessidades e a realidade loco-regional dos Estados, do DF e dos Municípios.

Art. 12. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, e seus efeitos financeiros a partir da competência junho de 2007.

Art. 13. Cessar os efeitos financeiros das Portarias nº 2476/GM, 13 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 198, de 16 de outubro de 2006, seção 1, pág. 59, nº 2.940/GM, de 20 de novembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 222, de 21 de novembro de 2006, seção 1, pág. 59, e cessar os efeitos do art. 5º que cria o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, da Portaria nº 1882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial nº 247-E, de 22 de dezembro de 1997, seção 1, pág. 10.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 1, de 2 de janeiro de 2004, seção 1, pág. 14.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo I DISTRIBUIÇÃO DE REPASSES FINANCEIROS A ESTADOS DO PISO ESTRATÉGICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM RECURSOS FNS E ANVISA. (...)

Anexo II ANEXO II A DISTRIBUIÇÃO DO PISO ESTRUTURANTE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA MUNICÍPIOS - RECURSOS FNS E RECURSOS ANVISA (...)

Anexo III ANEXO III - DISTRIBUIÇÃO DO PISO ESTRATÉGICO POR UNIDADE FEDERADA DE ACORDO COM AS AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS DO FNS E ANVISA (...)

Anexo IV ELENCO NORTEADOR DAS AÇÕES DE VISA (...)

8.3. ANEXO III – PORTARIA GM/MS Nº 3.120, DE 01 DE JULHO DE 1998

Aprova Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

Portaria nº 3120, de 01 de julho de 1998

Aprova Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes

publicação:D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 02 de julho de 1998

O Ministro de estado da saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 200, inciso II, combinado com os preceitos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde, considerando as determinações contidas na Resolução n.º 220, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa n.º 01/97, de 15 de maio de 1997, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes;

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

José Serra

Anexo

I - Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais, na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas particularidades regionais que impliquem um respeito as diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País.

Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capacidade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade e mortalidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido a sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que essa Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizado pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2. Conceituação básica

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3. Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial. Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transcendem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar:

3.1. - Universalidade: todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2. - Integralidade das ações: o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3.3. - Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

3.4. - Controle Social: incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação dos recursos.

3.5. - Hierarquização e descentralização: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6. - Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7. - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

3.8. - O caráter transformador: a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode Ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica,

organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

4. Objetivos

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:

a1 - a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 - o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 - a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1. - a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2. - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c. - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde, considerando:

c1. - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2. - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d. - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, considerando:

d1. - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2. - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3. - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4. - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5. - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e. - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1. - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2. - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5. Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, em pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deve buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica sequencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1. - Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de saúde do trabalhador - Programas, coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos - promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2. - Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3. - Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- Base Sindical: Uma vez que um determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação nesta base deve considerar a capacidade de reprodutividade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

- Ramo Produtivo: Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

- Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial, etc.) de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

- Epidemiológico (evento-sentinel): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos a saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinel.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4. - Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e os Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6. Metodologia

Considerando os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador - conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho - é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção, e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas.

Nesta linha, podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo:

6.1. - Fase preparatória

Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve se efetuar por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) - objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por Objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação.

Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 - Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrências das condições em que o trabalho se realiza é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a ser estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o Roteiro de Vigilância, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 - Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade

referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 - Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolida e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia da árvore de causas para a investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 - Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.

6.7 - Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7. Informações básicas

As informações de interesse para as ações em Saúde do Trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes.

É pensando na necessidade de avançar nesse conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetiva dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas, sem perder a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estrutura e se consolida.

7.1. - Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão colocadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de Óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

7.2. - informações acerca da morbidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a Ficha Individual de Notificação de Agravos referente às doenças incluídas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), as fichas, prontuários e outro oriundo dos atendimentos ambulatoriais (SAI/SUS) e de internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os Estados e os Municípios poderão definir eventos-sentinelas a serem notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo. A análise dos eventos-sentinelas constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3. - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos.

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e Município executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, Cadastro de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e fichas de vigilância.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAI e do IBGE, também poderão ser incorporadas, deverão ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e segurança e higiene industrial de empresa, do Anexo 1 da CIPA (Norma Regulamentadora n.º 5, Portaria n.º 3.214/78, MTb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associações de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros

órgãos da administração pública (DETRAN, secretárias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho, etc.). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisa de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subsequentes.

8. - Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Estados e Municípios a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei, e mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área específica e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais destacam as questões dos Agrotóxicos, dos Sistemas de Informação, da Investigação de Acidentes de Trabalho, das Intoxicações por metais Pesados, dos Agravos de Caráter ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

8.4. ANEXO IV – ARTIGOS CITADOS DA LEI FEDERAL Nº 8.080 DE 19 DE
SETEMBRO DE 1990.

Principais artigos da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 citados no trabalho:

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Diário Oficial da República do Brasil de 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde

da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

(...)

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL(b), 1990)

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo

(...)

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

(...)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - Vigilância Sanitária e farmacoe epidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

(...)

SEÇÃO I

das Atribuições Comuns

Art. 15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16 - À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17 - À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador.

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada.

Art. 18 - À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no Art.26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

8.5. ANEXO V – AMOSTRAS DE ÁGUA ENVIADAS PARA ANÁLISE EM 2008

Indicador PAP-VS 4.2 - Vigiágua

Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.

Metas e quantidades e tipo de amostras enviadas

Municípios	Análises Labágua		
	Meta Anual	Enviadas	Meta Atingida*
Ampére	48	28	58,33%
Barracão	48	40	83,33%
Bela Vista da Caroba	48	36	75,00%
Boa Esperança do Iguaçu	48	20	41,67%
Bom Jesus do Sul	48	36	75,00%
Capanema	48	31	64,58%
Cruzeiro do Iguaçu	48	36	75,00%
Dois Vizinhos	240	176	73,33%
Enéas Marques	48	36	75,00%
Flor da Serra do Sul	48	36	75,00%
Francisco Beltrão	240	181	75,42%
Manfrinópolis	48	36	75,00%
Marmeleiro	48	28	58,33%
Nova Esperança do Sudoeste	48	36	75,00%
Nova Prata do Iguaçu	48	27	56,25%
Pérola D'Oeste	48	4	8,33%
Pinhal de São Bento	48	24	50,00%
Planalto	48	35	72,92%
Pranchita	48	32	66,67%
Realeza	48	35	72,92%
Renascença	48	32	66,67%
Salgado Filho	48	20	41,67%
Salto do Lontra	48	36	75,00%
Santa Izabel do Oeste	48	31	64,58%
Santo Antônio do Sudoeste	48	36	75,00%
São Jorge D'Oeste	48	36	75,00%
Verê	48	4	8,33%
	1.680	1108	65,95%

* Ocorreram problemas com a falta de plano de amostragem e, no início do ano, falta de reagentes